*Príloha č. 7 Oznámenia č. PSZZP/01/PA4/2022*

**SPLNOMOCNENIE**

|  |  |
| --- | --- |
| Žiadateľ: |  |
| IČO: |  |
| Sídlo: |  |
| Za žiadateľa koná (meno/funkcia): |  |

týmto splnomocňuje

|  |  |
| --- | --- |
| titul, meno, priezvisko: |  |
| pracovná pozícia u žiadateľa: |  |
| číslo občianskeho preukazu: |  |
| dátum narodenia: |  |
| trvale bytom: |  |

na nižšie uvedené úkony týkajúce sa Žiadosti o zapojenie sa do národného projektu Podpora sociálneho začleňovania pre vybrané skupiny osôb so zdravotným postihnutím.

**Splnomocnenie je vydané na nasledovné úkony[[1]](#footnote-1):**

* na podpísanie Žiadosti o zapojenie sa do národného projektu Podpora sociálneho začleňovania pre vybrané skupiny osôb so zdravotným postihnutím a súvisiacej dokumentácie,
* na osobné predloženie Žiadosti o zapojenie sa do národného projektu Podpora sociálneho začleňovania pre vybrané skupiny osôb so zdravotným postihnutím a súvisiacej dokumentácie v sídle Ministerstva práce sociálnych vecí a rodiny (ďalej MPSVR SR),
* na zastupovanie v komunikácii s MPSVR SR v rámci podanej Žiadosti o zapojenie sa do národného projektu Podpora sociálneho začleňovania pre vybrané skupiny osôb so zdravotným postihnutím,
* na podpis Zmluvy o spolupráci.

**Splnomocnenie sa udeľuje na dobu určitú, do DD. MM. RRRR vrátane.**

V ............................ dňa Kliknite alebo ťuknite a zadajte dátum.

......................................................

(titul, meno, priezvisko)

Splnomocnenie prijímam:

V ............................ dňa Kliknite alebo ťuknite a zadajte dátum.

........................................................

(titul, meno, priezvisko)

1. Nehodiace sa vymažte [↑](#footnote-ref-1)