

Zielona Góra,

.....
imię i nazwisko
.....

.....
adres zamieszkania

UPOWAŻNIENIE

Zgodnie z art. 8 ust 3. pkt 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. z 2016 r., poz. 1860), upoważniam asystenta rodziny Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Zielonej Górze, ul Długa 13,

.....
którego tożsamość jest potwierdzona Legitymacją Pracownika Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Zielonej Górze, ul. Długa 13, nr.....

do występowania w moim imieniu do podmiotów, o których mowa w art. 2. ust 2 ww. ustawy, w wyłączeniu świadczeniodawców, w celu umożliwienia mi skorzystania ze wsparcia.