

WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ DS. ORZEKANIA
O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
W

.....r.

PEŁNOMOCNICTWO

Ja,(imię i nazwisko mocodawcy), zam. w
(miejscowość),(adres miejsca zamieszkania/pobytu, ulica, nr domu, nr
lokalu, kod pocztowy, nazwa poczty), legitymujący się dowodem osobistym
.....(seria, nr) wydanym przez(nazwa
organu wydającego), zwany dalej Mocodawcą,

udzielam pełnomocnictwa

.....(imię i nazwisko pełnomocnika), zam. w
(miejscowość),(adres miejsca zamieszkania/pobytu, ulica, nr domu, nr
lokalu, kod pocztowy, nazwa poczty), legitymujący się dowodem osobistym
.....(seria, nr) wydanym przez(nazwa
organu wydającego), zwany dalej Pełnomocnikiem,

do reprezentowania mnie w postępowaniu o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby
wsparcia przy wszelkich czynnościach procesowych wynikłych w jego toku, w szczególności
do złożenia w moim imieniu wniosku o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby
wsparcia, wypełnienia kwestionariusza samooceny trudności w zakresie wykonywania
czynności związanych z funkcjonowaniem, odbioru oświadczeń procesowych organu,
wykonywania zarządzeń organu prowadzącego postępowanie, składania wszelkich
wniosków dotyczących toku postępowania, środków odwoławczych od orzeczeń wydanych
w toku niniejszego postępowania, udostępniania akt postępowania, dopuszczenia do udziału
w czynnościach prowadzonych z udziałem Mocodawcy, wniesienia odwołania od decyzji
ustalającej poziom potrzeby wsparcia, itp.

.....
(podpis Mocodawcy)

a Pełnomocnik niniejsze pełnomocnictwo przyjmuje.

.....
(podpis Pełnomocnika)