**Dom starejših Na Fari**

**Na Fari 50, 2391 Prevalje**

**tel: 028240920, fax: 028240913**

**e-mail:** **dom.prevalje@siol.net**

# P O O B L A S T I L O

Podpisani (pooblastitelj-ica)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

roj. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. s stalnim prebivališčem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pooblaščam

(pooblaščenca/pooblaščenko) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

roj. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, s stalnim prebivališčem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

da me zastopa v postopku pri uveljavljanju, izvajanju in prenehanju izvajanja storitve pomoči družini na domu v obliki socialne oskrbe na domu. Pooblaščencu/pooblaščenki dajem splošno pooblastilo po veljavnih pravnih predpisih ter po predpisih o upravnem postopku.

Zavezujem se, da bom delo pooblaščenca/pooblaščenke v mojem imenu priznal/a za pravno veljavno.

Pooblastilo velja do preklica.

Dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis pooblastitelja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Podpis pooblaščenca:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_