|  |
| --- |
| ДОВЕРЕННОСТЬна получение государственной(ых) услуг(и)(простая письменная форма) |
|  |
|  |  | "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |
|  |
| Я, |  | , "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, |
|  | (Ф.И.О. доверителя полностью) |  |
| паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г., зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, настоящей доверенностью уполномочиваю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  | , |
| (Ф.И.О. доверенного лица полностью) |
| "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ год рождения, паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан |
|  |
| "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г., зарегистрированного(ую) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающего(ую) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в целях получения государственной(ых) услуг(и) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| (наименование государственной(ых) услуг(и)) |
| быть моим представителем в ЦСЗН и(или) МФЦ, в связи с чем совершать от моего имени следующие действия:- подавать от моего имени заявление на получение указанной(ых) государственной(ых) услуг(и) с приложением всех необходимых документов;- давать согласие на обработку моих персональных данных с целью и в объемах, необходимых для предоставления указанной(ых) государственной(ых) услуг(и);- получать результат указанной(ых) государственной(ых) услуг(и);- расписываться за меня и совершать иные действия, связанные с получением указанной(ых) государственной(ых) услуг(и).Полномочия по настоящей доверенности не могут быть переданы другим лицам.Доверенность выдана сроком на \_\_\_\_\_\_\_ месяц(ев). |
|  |
| Доверитель |  |  |  |
|  | (Ф.И.О. доверителя полностью) |  | (подпись) |