Примерная форма доверенности

|  |
| --- |
| ДОВЕРЕННОСТЬна получение государственной(ых) услуг(и) |
|  |
|  |  | "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |
|  |
| ЯЯ, | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | , "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, |
|  | (Ф.И.О. доверителя полностью) |  |
| паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г., зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, настоящей доверенностью уполномочиваю социального работника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| (наименование учреждения социального обслуживания) |
|  | , |
| (Ф.И.О. доверенного лица полностью) |
| "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ год рождения, паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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) |

|  |
| --- |
| Отметка руководителя учреждения социального обслуживания, подтверждающая факт социального обслуживания заявителя социальным работником учреждения социального обслуживания, подпись руководителя и печать учреждения социального обслуживания. |