

### **Upoważnienie Opiekuna faktycznego**

Ja.....PESEL.....

upoważniam:

Pana/ią.....

PESEL .....

stopień pokrewieństwa .....

do załatwiania wszelkich formalności i spraw związanych z moim zgłoszeniem do Programu „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” na rok 2025 realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gnieźnie.

Gniezno, dnia .....

.....  
(podpis Uczestnika )