

POOBLASTILO

Spodaj podpisan/-a _____, pooblaščam _____ za namene urejanja pridobitve socialne storitve Pomoč na domu, podpis dokumentacije ter spremljanje postopka izvajanja storitev.

S tem podpisom tudi dovoljujem, da Zavod RAST Ruše sme pooblaščenca podati vse informacije (osebno, telefonsko ali po elektronski pošti), povezane z izvajanjem socialne storitve Pomoč na domu.

Ime in priimek oskrbovanca:

Ime in priimek pooblaščenca:

Podpis oskrbovanca:

Podpis pooblaščenca:
