



OBRAZEC

Številka obrazca:

**OB 6 750 04 18 01****POOBLASTILO**

Stran od strani

**1 od 1****Pooblastilo**

Podpisani/a \_\_\_\_\_ roj. \_\_\_\_\_

s stalnim prebivališčem \_\_\_\_\_

**pooblašcam:**

\_\_\_\_\_ roj. \_\_\_\_\_

s stalnim prebivališčem \_\_\_\_\_

da me zastopa v postopku pri uveljavljanju pravic do institucionalnega varstva, tako da v mojem imenu podpiše prošnjo za premestitev, dogovor o izvajanju storitve, dodatke k dogovoru in ostalo potrebno dokumentacijo ter skrbi za moje pravice in koristi v času mojega bivanja v Domu starejših občanov Ajdovščina.

V \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

Podpis:

\_\_\_\_\_