



OBRAZEC  
**POOBLASTILO**

Številka dokumenta:	<b>OB SDO 11</b>
Izdaja:	<b>02</b>
Velja od:	<b>1.12.2023</b>
Stran od strani:	<b>1/1</b>

Številka:

Datum:

**Pooblastilo**

Podpisani/a vlagatelj/ica prošnje za sprejem v institucionalno varstvo \_\_\_\_\_, rojen/a \_\_\_\_\_ s stalnim bivališčem \_\_\_\_\_.

**pooblaščam**

(pooblaščenca/ko) \_\_\_\_\_ roj. \_\_\_\_\_ s stalnim prebivališčem \_\_\_\_\_, da me zastopa v postopku pri uveljavljanju pravice do institucionalnega varstva.

Imenovanemu/i dajem splošno pooblastilo, da v mojem imenu ureja postopke v zvezi z institucionalnim varstvo, ki so navedeni:

- zastopanje mojih interesov pri dogovarjanju za sprejem in podpis potrebnih obrazcev v zvezi s podajo prošnje in namestitvijo v DSO Ajdovščina (zlasti podpis prošnje za sprejem v mojem imenu, dogovora o izvajanju storitve institucionalnega varstva in dodatkov k dogovoru ter ostalo potrebno dokumentacijo),
- sprejemanje osnovnih informacij o mojem zdravstvenem stanju in informacijah povezanih z bivanjem v DSO Ajdovščina ter predajanje le-teh osebam, za katere želim, da so obveščene.
- sprejem tožb, sodb, sklepov in zemljiškoknjižnih sklepov ter vseh drugih odločb v skladu z veljavnimi pravnimi predpisi ter po predpisih o upravnem postopku.
- skrbi za moje pravice in koristi v času mojega bivanja v DSO Ajdovščina.

Zavezujem se, da bom pooblaščenčevo delo v mojem imenu sprejel/a za pravno veljavno, razen v kolikor bom pooblastilo omejil/a ali odpovedal/a in o tem obvestil/a pooblaščenca/ko.

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

Podpis pooblastitelja/ice: \_\_\_\_\_

Zgoraj navedeni pooblaščenec/ka s podpisom potrjujem, da sprejemam pooblastilo in bom spoštoval/a obseg pooblastila.

Podpis pooblaščenca/ke: \_\_\_\_\_