Załącznik nr 15 do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego

− edycja 2024

…..…..………..………………………….……………

*(miejscowość i data)*

……………………………………………..

(nazwa gminy/powiatu)

**Upoważnienie do podejmowania czynności**

**w Generatorze Funduszu Solidarnościowego**

W związku z ubieganiem się o przyznanie dofinansowania w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 oświadczam, że:

…….……………………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko, stanowisko)

posiada upoważnienie do podejmowania czynności w Generatorze Funduszu Solidarnościowego dostępnym na stronie internetowej bfs.mrips.gov.pl w imieniu:

…….……………………………………………………………………………………………..

(nazwa i adres gminy/powiatu)

reprezentowanej/ego przeze mnie.

........................................................................................

(czytelny podpis osoby/osób reprezentujących gminę/powiat)