

WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI  
W WOJEWÓDZTWIE DOLNOŚLĄSKIM

pl. Powstańców Warszawy 1, 50-153 Wrocław,  
Orzecznictwo, tel. +48 71 340 69 56, e:mail [wzon.wroclaw@duw.pl](mailto:wzon.wroclaw@duw.pl)  
Wsparcie, tel. +48 71 340 68 06, e:mail: [wsparcie.wzon@duw.pl](mailto:wsparcie.wzon@duw.pl)

.....  
(miejscowość i data)

**PEŁNOMOCNICTWO**

Ja, niżej podpisany .....

(imię i nazwisko mocodawcy)

zamieszkały/a w .....

(adres mocodawcy)

numer PESEL .....

**ustanawiam pełnomocnika w osobie:**

.....  
(imię i nazwisko pełnomocnika)

zamieszkałego/zamieszkałej w .....

(adres pełnomocnika)

numer PESEL .....

**do reprezentowania mnie:** przed Wojewódzkim Zespołem do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Województwie Dolnośląskim w postępowaniu dotyczącym: wydania decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia

Pełnomocnictwo niniejsze obejmuje m.in.: upoważnienie do składania oświadczeń, podpisywania dokumentów w imieniu Mocodawcy, odbioru zawiadomień i decyzji, uzyskanie informacji w zakresie prowadzonego postępowania, dopuszczenie do udziału w czynnościach prowadzonych z udziałem Mocodawcy.

Wszelką korespondencję w zakresie spraw objętych pełnomocnictwem, w tym zawiadomienia, decyzje proszę doręczać wskazanemu wyżej pełnomocnikowi na adres: .....

Niniejsze pełnomocnictwo może być w każdym czasie odwołane. Cofnięcie/unieważnienie pełnomocnictwa wymaga formy pisemnej.

.....

(czytelny podpis mocodawcy)

Oświadczam, że pełnomocnictwo przyjąłem/przyjęłam:

.....

(data i podpis pełnomocnika)