

.....  
IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ

.....dnia.....

.....  
ADRES ZAMELDOWANIA/POBYTU

Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów  
Alkoholowych w Trzuszczanach

WNIOSEK O ZASTOSOWANIE OBOWIĄZKU PODDANIA SIĘ LECZENIU  
ODWYKOWEMU W ZAKŁADZIE LECZENIA ODWYKOWEGO

1.Nazwisko i imię.....

2.Imiona rodziców.....

3.Data i miejsce urodzenia.....

4.PESEL.....

5.Adres zamieszkania.....

6.Stan cywilny.....

7.Liczba dzieci i ich wiek.....

8.Wykształcenie.....

9.Zawód.....

10.Źródło utrzymania.....

11.Informacje uzasadniające potrzebę wszczęcia postępowania.....

.....

12.Wykaz osób mogących wystąpić w charakterze świadka (imię,nazwisko,adres)

.....

.....

DATA I PODPIS WNIOSKODAWCY