

.....
(imię i nazwisko zgłaszającego)

.....
(adres)

.....
(stopień pokrewieństwa)

GMINNA KOMISJA
ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW
ALKOHÓLOWYCH W OLSZTYNIE

W N I O S E K

O ZASTOSOWANIE LECZENIA ODWYKOWEGO WZGLĘDEM NIŻEJ
WYMIENIONEGO PODEJRZANEGO O UZALEŻNIENIE OD ALKOHOLU

Imię i nazwisko.....s/c.....

urodzony.....imię żony/męża.....

zam.

nazwa i adres zakładu pracy.....

czy był karany przez (Sąd, Kolegium).....

czy przebywał w Izbie Wyrzeźwień.....

czy łoży na utrzymanie rodziny.....ile dzieci.....

jak zachowuje się w stanie nietrzeźwym.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....