

Myszków, dnia

.....
Imię i nazwisko zgłaszającego

.....
Adres

.....
Stopień pokrewieństwa

**MIEJSKA KOMISJA ROZWIĄZYWANIA
PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH
W MYSZKOWIE**

WNIOSEK

**O ZASTOSOWANIE LECZENIA ODWYKOWEGO WZGLĘDEM NIŻEJ
WYMIENIONEJ/GO PODEJRZANEGO O UZALEŻNIENIE OD ALKOHOLU**

Imię i nazwisko imiona rodziców

urodzona/y imię żony/męża

zamieszkała/y

nazwa i adres zakładu pracy

czy był/a karana/y przez /Sąd, Kolegium/.....

czy przebywał/a w Izbie Wytrzeźwień

czy łoży na utrzymanie rodziny ile dzieci

jak zachowuje się w stanie nietrzeźwym

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

podpis