

Wisznia Mała, dnia .....

.....  
Imię i nazwisko osoby zgłaszającej

.....  
Adres

.....  
Numer telefonu

**Gminna Komisja Rozwiązywania  
Problemów Alkoholowych w Wiszni Małej  
55-114 Wisznia Mała, ul. Wrocławska 2**

**WNIOSEK O ZOBOWIĄZANIE DO LECZENIA ODWYKOWEGO**

Zwracam się z prośbą o objęcie leczeniem odwykowym

Pana/Pani .....

ul. .... W .....

PESEL.....data urodzenia miejsce urodzenia .....

zam. ....

W/w osoba w związku z nadużywaniem alkoholu powoduje:

- rozkład życia rodzinnego
- demoralizację nieletnich
- uchyla się od pracy
- systematycznie zakłóca spokój i porządek publiczny

Uzasadnienie:.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Podpis osoby składającej wniosek