**WNIOSEK**

**O PODJĘCIE DZIAŁAŃ W ZWIĄZKU Z NADUŻYWANIEM ALKOHOLU \*/ PODJĘCIE DZIAŁAŃ ZMIERZAJĄCYCH DO ZASTOSOWANIA OBOWIĄZKU PODDANIA SIĘ LECZENIU W ZAKŁADZIE LECZNICTWA ODWYKOWEGO\***

Dane zgłaszającego:

 ………………………………….

 MIEJSCOWOŚĆ, DATA

…………………………………………………..

 IMIĘ I NAZWISKO

…………………………………………………..

…………………………………………………..

 ADRES, TELEFON

**MIEJSKA KOMISJA**

 **ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH**

 **W LĘBORKU**

Zwracam się z prośbą o podjęcie działań mających na celu objęcie obowiązkiem leczenia odwykowego mojego / mojej męża / żony / syna / córki / ………………………………………………… \*

………………………………………………………………………………………………………..……….

…………………………………..….…., (DATA URODZENIA / PESEL) ……………………………..………….

IMIĘ, NAZWISKO, ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY NADUŻYWAJĄCEJ ALKOHOLU

Prośbę swą motywuję tym, że w/w nadużywa alkoholu od ……..………………………….. powodując:

Rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, systematycznie zakłóca spokój / porządek publiczny\*

\****niepotrzebne skreślić***

Pod wpływem alkoholu jest / *OPISAĆ ZACHOWANIE* /

……………………………………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………………………….…….....

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

Podejmował(a) leczenie /*KIEDY I GDZIE*/

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

Nie zaspokaja / zaspokaja podstawowe potrzeby rodziny poprzez

/*NALEŻY WSKAZAĆ CZY ŁOŻY NA UTRZYMANIE RODZINY, INTERESUJE SIĘ WYCHOWANIEM DZIECI, TROSZCZY SIĘ O ICH ROZWÓJ, POMAGA WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM, ITP*./

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

Nie chce podjąć dobrowolnego leczenia, ponieważ nie uznaje się za alkoholika / inne

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

Inne ważne informacje

………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………...

W związku z powyższym, proszę o podjęcie wobec ………………………………………………………… działań zmierzających do zastosowania obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu.

 ………………………………………………….

 CZYTELNY PODPIS