Goszczanów, dnia …………………………………..

…………………………………………………………

…………………………………………………………

…………………………………………………………

 *Dane wnioskodawcy*

 *(Imię, nazwisko, adres, Tel. Kontaktowy)*

**Gminna Komisja**

**Rozwiązywania Problemów Alkoholowych**

**w Goszczanowie**

Proszę o podjęcie czynności zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu wobec ………………………………………………........

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

*(imię i nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa)*

**Uzasadnienie**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………..

 *(podpis wnioskodawcy)*