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)*