…….. Ozorków, dnia ……

(imię i nazwisko osoby zgłaszającej)

……

……

(adres)

WNIOSEK

O ZASTOSOWANIE LECZENIA ODWYKOWEGO

wobec ……., syn/córka* ……

(imię i nazwisko) (imię ojca)

urodzony/urodzona* ……, zamieszkały/ła …….

(data urodzenia)

……

Uzasadnienie:

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

(podpis zgłaszającego)

* niepotrzebne skreślić