

data.....

## **Wniosek do Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Andrychowie w sprawie leczenia osoby z problemem alkoholowym**

### **Dane osoby, której dotyczy wniosek:**

1. Imię i nazwisko.....
2. Data urodzenia.....
3. PESEL.....
4. Imię ojca.....
5. Adres zamieszkania.....
6. Adres do korespondencji.....
7. Stan cywilny.....
8. Osoby wspólnie zamieszkałe (stopień pokrewieństwa).....  
.....  
.....
9. Miejsce pracy.....
10. Czy w/w nadużywając alkohol:
  - powoduje rozkład życia rodzinnego? TAK NIE  
jeśli tak to w jaki sposób .....
  - demoralizuje nieletnich TAK NIE  
jeśli tak to w jaki sposób .....
  - systematycznie zakłóca spokój lub porządek publiczny TAK NIE  
jeśli tak to w jaki sposób .....
  - uchyla się od obowiązku zaspokajania potrzeb rodziny TAK NIE  
jeśli tak to w jaki sposób .....
  - stosuje przemoc wobec rodziny TAK NIE  
jeśli tak to w jaki sposób .....
11. Inne istotne informacje (okoliczności wskazujące na konieczność podjęcia leczenia).....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Dane osoby wnioskującej:**

Imię i nazwisko .....

Telefon.....

Adres zamieszkania.....

Stopień pokrewieństwa z w/w.....

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie** przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Andrychowie moich danych osobowych z zachowaniem zasad i sposobu ich przetwarzania, wykorzystania i ochrony, wynikających z przepisów o ochronie danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.).

**Potwierdzam zapoznanie się z klauzulą informacyjną z zakresu ochrony danych osobowych.**

.....  
(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

.....  
(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

**Pouczenie:**

***Oświadczam, iż zostałem uprzedzony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań w myśl art. 233 § 1-1a Kodeksu Karnego.<sup>1</sup>***

.....  
data i podpis Wnioskodawcy

<sup>1</sup>Art. 233. [Fałszywe zeznania]

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.