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. Adres zamieszkania………………………………………………………………….............
5. Adres do korespondencji………………………………………………………….................
6. Stan cywilny….……………………………………………………………………….............
7. Osoby wspólnie zamieszkałe (stopień pokrewieństwa)………………………….………..

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

1. Miejsce pracy………………………………………………………………………………….
2. 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 .......……………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………

1. Inne istotne informacje (okoliczności wskazujące na konieczność podjęcia leczenia)……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..….…………………………………………………………………………………………………….

***Dane osoby wnioskującej:***

Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………….

Telefon…………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania……….........……………………………………………………………………

Stopień pokrewieństwa z w/w………..………….....……..……………………..............................

***Pouczenie:***

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

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

 data i podpis Wnioskodawcy

1Art.  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 najbliższym, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.