

Smóldzino,

.....
(imię i nazwisko zgłaszającego)

.....
(adres zgłaszającego)

tel.

GMINNA KOMISJA
ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW
ALKOHOLOWYCH
w SMOŁDZINIE

W N I O S E K

Na podstawie art. 24 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2023 r., poz. 2151) w związku z nadużywaniem alkoholu zwracam się do Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Smóldzinie z wnioskiem o podjęcie czynności zmierzających do orzeczenia obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego wobec Pana/Pani *:

Dane osoby zgłaszanej:

Pan /i/.....PESEL.....
Zamieszkały/a/.....
Data urodzenia w
Stan cywilny.....
Imiona rodziców
Miejsce pracy.....
Wykonywany zawód.....

Częstotliwość przychodzenia do domu w stanie nietrzeźwym / ile razy w miesiącu, tygodniu/
.....

Zachowanie się w stanie nietrzeźwym w domu i środowisku zamieszkania
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Odbyte leczenie odwykowe / kiedy i gdzie? /.....
.....

Spożywany alkohol, jaki : / wódka, wino, piwo, denaturat? /.....
.....

Miejsce spożywania alkoholu np.: /dom, na ulicy, restauracja? /.....
.....
.....

Karalność za przestępstwa i wykroczenia – popełnione pod wpływem alkoholu.....
.....

Interwencje Policji w domu, spowodowane zakłócaniem spokoju / ile razy i kiedy? /
.....

.....
Pobyt w Izbie Wyrzeźwień / ile razy i kiedy? /.....

.....
Inne dane dotyczące spożywania alkoholu np. pobicie członków rodziny, zakłócanie spokoju publicznego
.....

.....
Dane dotyczące rodziny osoby zgłaszanej na leczenie:

Stan rodziny / ilość osób /.....

Dzieci / imiona i daty urodzenia /.....

.....
Imię żony – męża*

Miejsce pracy współmałżonka.....

Wykonywany zawód współmałżonka.....

Jako świadków mogących potwierdzić fakt nadużywania alkoholu przez zgłoszoną osobę proponuję zaprosić / rodzina, znajomi - imię, nazwisko i dokładny adres /:

1.....

2.....

3.....

Jednocześnie zobowiązuję się do informowania Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Smołdzinie o wszelkich zmianach danych w/w osób (zwłaszcza adresu pobytu) po rygorem zawieszenia lub umorzenia sprawy.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

**) niepotrzebne skreślić*

Wniosek nie podlega opłacie.