Oborniki, dnia …………………. 20….… r.

…………………………………………………….…….

 Nazwisko i Imię (zgłaszającego)

……………………………………………….…………

 Adres (zgłaszającego) Gminna Komisja Rozwiązywania

 Problemów Alkoholowych

 ul. Piłsudskiego 76

 64-600 Oborniki

 Proszę o wszczęcie postępowania w sprawie zastosowania obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu:

Pana(i)…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Zamieszkałego(ej)……………………………………………………………………………………………………………………

Dane dotyczące osoby zgłaszanej na leczenie:

Data urodzenia ………………………………………………………… stan cywilny ……………………..………………..

Imiona rodziców: ….………………………………………………………………………………………………………………..

Czy osoba zgłaszana jest zatrudniona/posiada stały dochód ( rencista, emeryt, w przypadku bezrobotnego czy jest zarejestrowany W PUP)? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

Częstotliwość przychodzenia do domu w stanie nietrzeźwym ( przeciętna ilość w: miesiącu, tygodniu) ……………………………………………………………………………………………………………………….……….

Zachowanie w stanie nietrzeźwym w domu i środowisku zamieszkania:

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

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

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

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

Odbyte leczenie przeciwalkoholowe (kiedy i gdzie) ? ……………………………………………………………..

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

Spożywanie alkoholu (jaki: wódka, wino, piwo, denaturat) …………………………………………….…….. …..………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Miejsce spożywania alkoholu (np. w domu, w restauracji, na ulicy itp.) ……..…………………………………………………………………………………………………………………………………….....

Czy miało miejsce wynoszenie z domu przedmiotów i rzeczy ? ………………………………………………

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

Karalność za przestępstwa i wykroczenia – przez Sąd i Kolegium, ds. Wykroczeń dokonane pod wpływem alkoholu ……………………………………………….…………………………………………………………

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

Interwencje Policji w domu, spowodowane zakłóceniem spokoju ( ile razy i kiedy? ) …………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Pobyt w Izbie Wytrzeźwień (ile razy i kiedy ?) …………………………………………………………………………………………………………………………

Inne dane dotyczące nadużywania alkoholu przez zgłaszanego(ą) np. pobicie członków rodziny, wywołanie bójek, zakłócanie spokoju publicznego itp. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Dane dotyczące rodziny osoby zgłaszanej na leczenie:

Stan rodziny (ilość osób) …………………………………………………………………………………………………………

Dzieci (imiona i wiek) ……………………………………………………………………………………………………………..

Imię żony – męża ……………………………………………………………………………………………………………………

Jako świadków mogących potwierdzić fakt nadużywania alkoholu przez zgłaszaną osobę proponuję wezwać (rodzina, sąsiedzi, znajomi, nauczyciele, kuratorzy):

1. ………………………………………………………………………………………………………………………………….…

nazwisko i imię dokładny adres

1. ……………………………………………………………………………………………………………………………….……

nazwisko i imię dokładny adres

1. …………………………………………………………………………………………………………………………….………

nazwisko i imię dokładny adres

1. …………………………………………………………………………………………………………………………………….

nazwisko i imię dokładny adres

1. …………………………………………………………………………………………………………………………………….

nazwisko i imię dokładny adres

…………………………..……………………………………

 (podpis osoby składającej wniosek)