

Wniosek Kierujący do Miejsca Całodobowego Pobytu Środowiskowego
Domu Samopomocy

\wypełnia lekarz psychiatra\

Na podstawie badania lekarskiego przeprowadzonego w dniu

1. \imię i nazwisko\..... kwalifikuje się do
udziału w programie terapeutycznym \uzasadnienie\.....
.....
.....

2. \imię i nazwisko\ nie kwalifikuje się do udziału
w programie terapeutycznym \uzasadnienie\
.....
.....

Warszawa, dnia.....

pieczętka i podpis lekarza