Skarżysko -Kam. dnia ....................................

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

Imię i Nazwisko osoby składającej podanie

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

Dokładny adres

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

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

Tel. kontaktowy

**Do Komisji ds. Rozwiązywania**

**Problemów Alkoholowych**

**w Skarżysku-Kam.**

Proszę o skierowanie na leczenie odwykowe ...............................................................................

(kogo, stopień pokrewieństwa)

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

(imię i nazwisko, dokładny adres z kodem pocztowym,)

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

(data i miejsce urodzenia, imiona rodziców -osoby zgłaszanej na leczenie, tel.kontaktowy)

ponieważ: *(opis sytuacji w domu: od jak dawna istnieje problem nadużywania alkoholu, czy pod wpływem alkoholu dochodzi do znęcania się psychicznego lub fizycznego nad domownikami, czy w rodzinie są małoletnie dzieci, czy osoba kierowana już się wcześniej leczyła (gdzie i kiedy), skąd dana osoba bierze pieniądze na alkohol, czy były interwencje Policji, itp...)*

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

*W podaniu można zamieścić dane (imię, nazwisko, adres zamieszkania) świadków w powyższej sprawie.*

***Świadkowie:***

1. *..........................................................*
2. ..........................................................

# ...............................................................

# *Podpis*

Referat Zdrowia i Spraw Społecznych

*Oświadczam ,iż przyjmuję do wiadomości, że:*

*1.administratorem zebranych danych osobowych jest Prezydent Miasta Skarżysko- Kamienna,*

*2. dane będą przetwarzane w celu przeprowadzenia postępowania w sprawie skierowania na leczenie odwykowe osoby uzależnionej.*

*3. obowiązek podania danych wynika z ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r . Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2017 r. poz.1938 ze zm.) , Ustawa z dnia 26 października 1982r o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2016r poz.487)*

*4. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dotyczącym skierowania na leczenie odwykowe (art. .6 ust.1 lit.c) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r 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).*

………………………………………………………………………..

*Podpis* **ANKIETA**

1. Od jak dawna istnieje problem nadużywania alkoholu?
   1. do 0-5 lat **□**
   2. 5-10 lat **□**
   3. powyżej 10 lat **□**
2. Jak często spożywa alkohol
   1. raz w miesiącu **□**
   2. raz na dwa tygodnie **□**
   3. raz na tydzień **□**
   4. więcej niż raz w tygodniu **□**
   5. codziennie **□**
3. Jak się zachowuje pod wpływem alkoholu?
   1. jest agresywny  **□TAK □NIE**
   2. używa wulgaryzmów  **□TAK □NIE**
4. Czy wcześnie podejmował leczenie  **□TAK □NIE**  
   Gdzie się leczył? ……………………………………………………………….…………………………….
5. Czy był kierowany na leczenie odwykowe przez Komisję ds. Rozwiązywania Problemów Alkoholowych/Sąd Rejonowy? **□TAK**  **□NIE**
6. Czy były interwencje Policji w związku   
   z nadużywaniem alkoholu **□TAK**  **□NIE**

Jak często? …………………………………………………..……………..…………………………………

# ......................................................................................

# Podpis

Referat Zdrowia