

.....dnia

.....
imię i nazwisk

.....
Adres
.....

Dyrektor/Kierownik
Miejskiego/ Gminnego
Ośrodka Pomocy Społecznej

w

Proszę o przyjęcie mnie do Ośrodka Wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

.....
podpis

Opinia lekarza kierującego:

Diagnoza:

.....

Wskazania do pobytu w Ośrodku Wsparcia:

.....

.....

.....

Przyjmowane leki:

.....

.....

.....

.....

.....
Pieczęć i podpis lekarza