

Imię.....

Nazwisko.....

adres.....

.....

tel.....

Wolbrom, dnia

Dyrektor

Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej

w Wolbromiu

WNIOSEK

o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Wolbromiu przy ulicy Skalskiej 20
na pobyt dzienny i objęcie ofertą usług świadczonych przez ośrodek wsparcia.

.....

podpis

Załączniki:

Klauzula informacyjna ADO

Do wiadomości:

Kierownik Środowiskowego Domu Samopomocy w Wolbromiu