

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

Jestem świadomy, że jeżeli w wyniku działań Komisji dobrowolne leczenie nie zostanie podjęte, a uzależnienie zostanie potwierdzone przez biegłych sądowych, Komisja wystąpi do Sądu Rejonowego w Grudziądzu z wnioskiem o zastosowanie obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu.

Świadkowie – członkowie rodziny: (2)

(Należy wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca może wskazać jako świadków członków rodziny osoby kierowanej na leczenie, świadkami mogą być również osoby nieletnie)

1. Imię i nazwisko:.....

adres:.....

2. Imię i nazwisko:.....

adres:.....

3. Imię i nazwisko:.....

adres:.....

.....
podpis wnioskodawcy

(1) W przypadku gdy wnioskodawca nie jest członkiem rodziny osoby kierowanej na leczenie konieczne jest wyrażenie poniższej zgody.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku i przedłożonych dokumentach.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Prezydent Grudziądza z siedzibą w Grudziądzu przy ul. Ratuszowej 1.
2. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji procedury zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu.
3. Mam prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę na przetwarzanie danych osobowych bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Wycofanie zgody oznacza zaprzestanie przetwarzania danych osobowych.

.....
podpis wnioskodawcy

(2) W przypadku gdy świadkami są osoby niebędące członkami rodziny wnioskodawca proszony jest o przybycie na posiedzenie Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wraz ze świadkami w celu wyrażenia zgody na udział w postępowaniu i przetwarzanie danych osobowych.