

**WNIOSEK
O ZWOŁANIE ZESPOŁU INTERDYSCYPLINARNEGO**

Imię i nazwisko oraz telefon lub adres osoby zgłaszającej:
(osoba zgłaszająca problem może pozostać anonimowa)

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

Nazwa instytucji i stanowisko, na jakim jest zatrudniona osoba zgłaszająca problem:

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

Dane rodziny/ podopiecznego, których dotyczy problem:

1. Skład osobowy rodziny (podać imiona i nazwiska osób):

Matka

Ojciec.....

Dzieci(dodatkowo podać wiek).....

.....

.....

.....

.....

2. Adres i numer telefonu.....

.....

.....

.....

Krótki opis problemu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

W spotkaniu weźmie udział/nie weźmie udziału (niepotrzebne skreślić) przedstawiciel rodziny, w której wystąpił problem.

.....
podpis osoby zgłaszającej
(dotyczy wniosków nieanonimowych)

**Wnioski prosimy składać osobiście lub listownie na adres: Ośrodek Pomocy Społecznej
ul. Zwycięstwa 25, 72-410 Golczewo; tel/fax (91) 32 71 778.**