OŚWIADCZENIA O STOPNIU REALIZACJI PROGRAMU TERAPEUTYCZNEGO

Ja, niżej podpisany/-a,

.....

(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

jestem osobą*:

A. utrzymującą abstynencję od substancji psychoaktywnych ☐ TAK ☐ NIE
(*lub rozpoczynającą proces readaptacji społecznej*)

B. poddającą się terapii uzależnień (w tym behawioralnych) ☐ TAK ☐ NIE

……
(wskazać rodzaj uzależnienia oraz miejsce odbycia leczenia)

C. będącą absolwentem terapii uzależnień ☐ TAK ☐ NIE

……
(wskazać rodzaj uzależnienia oraz miejsce odbycia leczenia)

D. inne ☐ TAK ☐ NIE
……
(wskazać rodzaj/przyczynę zagrożenia bądź wykluczenia społecznego)

Do niniejszego oświadczenia należy dołączyć zaświadczenie z właściwej poradni psychologicznej, opinię terapeuty, skierowanie lekarskie bądź inny równoważny dokument.

…… ……
Miejscowość, data Czytelny podpis Kandydata/-tki

* zaznaczyć właściwe