

Łódź, dnia .....

.....  
imię i nazwisko  
.....  
.....

adres

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr tel. ....

**Do Dyrektora  
Miejskiego Centrum Terapii  
i Profilaktyki Zdrowotnej  
im. bł. Rafała Chylińskiego  
w Łodzi**

Proszę o wystawienie zaświadczenia o:

- Zgłoszeniu się do uczestnictwa  
 Ukończeniu

programu korekcyjno-edukacyjnego dla osób stosujących przemoc domową / programu psychologiczno-terapeutycznego dla osób stosujących przemoc domową\*

Do odbioru zaświadczenia upoważniam:

.....  
(imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości)

Odbiorę osobiście

.....  
podpis osoby wnioskującej

\*) Niepotrzebne skreślić.