………………………, dnia ……………………

**Wnioskodawca:** …………………………………

………….…………………………………………

…………………………………………………….

*(Imię, nazwisko, Pesel i dokładny adres osoby składającej wniosek)*

**Uczestnik:** ………………………………………

……………………………………………………

……………………………………………………

 *(Imię, nazwisko, Pesel i dokładny adres)*

**Sąd Rejonowy w ……………………..**

**III Wydział Rodzinny i Nieletnich**

**WNIOSEK**

**o umieszczenie osoby chorej psychicznie w szpitalu psychiatrycznym**

Wnoszę o umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym ………………..…………..…………………….. urodzonego/ej w …………...…………., woj. …………..………… dnia ……………..roku, zamieszkałego/ej …………………………………………..…….………, bez jego/jej zgody.

UZASADNIENIE

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

*(własnoręczny podpis wnioskodawcy)*

Załącznik:

- Zaświadczenie lekarskie potwierdzające potrzebę leczenia w szpitalu psychiatrycznym wydane nie dłużej niż w terminie 14 dni przed datą złożenia wniosku