Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha

SOLICITUD DE PLAZA EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Fecha de Solicitud:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO					
Nombre					
Apellidos					
Fecha nacimiento		**DNI nº**		**Teléfono**	
Domicilio					
Localidad					

DATOS DE LA ENTIDAD DERIVANTE	
PROFESIONAL QUE SOLICITA LA DERIVACIÓN	
Nombre y Apellidos	
Cargo Profesional	
Centro Trabajo	
Teléfono Contacto	
e-mail	

TIPO DE PROGRAMA QUE SE SOLICITA	
PROGRAMA DESHABITUACIÓN ALCOHOL	
PROGRAMA DESHABITUACIÓN OTRAS SUSTANCIAS	
DESINTOXICACIÓN	

CENTRO SOLICITADO	
OPCION A	
OPCION B	
OPCION C	

En a de, de 20

Fdo.:
(El profesional derivante)