**ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ**

Ο/Η ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

με ΑΜΚΑ……………………………………………………………………………………………………………………………………

που κατοικεί στη διεύθυνση:…………………………………………………………………………………………………….

Δήμος:……………………………………………………………………………………………………………………………………….

με στοιχεία επικοινωνίας:…………………………………………………………………………………………………………

παραπέμπεται στο Κέντρο Ημέρας Ενηλίκων 11ου ΤΟ.Ψ.Υ. «Αγκαλιά» / την Κινητή Μονάδα για να λάβει υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής φροντίδας.

Πληροφορίες:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ο/Η ΙΑΤΡΟΣ ή

Ο ΦΟΡΕΑΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ

(υπογραφή, σφραγίδα)