**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)