……………………………….. Dąbrowa Tarnowska, dn………………

………………………………..

………………………………..

Nr tel…………………………..

Powiatowe Centrum Pomocy  
Rodzinie w Dąbrowie Tarnowskiej

Ul. Szpitalna 1

33-200 Dąbrowa Tarnowska

Zwracam się z prośbą o objęcie mnie udziałem w Programie korekcyjno – edukacyjnym dla osób stosujących przemoc w rodzinie.

Proszę o wydanie zaświadczenia.

………………………………….

podpis