



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

Don/Doña _____
con DNI _____, en representación del paciente
_____.

SOLICITA:

Que se autorice la entrada a las instalaciones de la Comunidad Terapéutica de los siguientes artículos:

Que el responsable familiar realiza esta instancia por los siguientes motivos:

En Alhama de Murcia a _____ de _____ del año 20 ____.

Fdo:

Fdo:

Responsable familiar.

Personal del centro que recoge la solicitud.

CENTRO DE REHABILITACIÓN DE ADICCIONES

C/LAS FLOTAS, 23, ALHAMA DE MURCIA (MURCIA) 30840. TELÉFONOS: 968 431 208 / 647 877 780. INFO@CENTROLASFLOTAS.ES