
(miejscowość, data)

(imię, nazwisko wnioskodawcy)

(imię, nazwisko dziecka¹)

(adres)

(nr telefonu)

Gabinet Psychologiczny Joanna Pelczarska

Ul. 1 maja 30a/104, 45-355 Opole

psycholog.joannapelczarska@gmail.com

WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA

Zwracam się z prośbą o wydanie zaświadczenia o uczestnictwie moim/mojego dziecka/podopiecznego² w konsultacjach/poradnictwie psychologicznym³.

Zaświadczenie jest mi niezbędne w celu:

Jestem świadoma/y, że wydanie zaświadczenia jest płatne w kwocie 70zł w momencie złożenia wniosku. Na wydanie zaświadczenia psycholog ma 14 dni.

Zaświadczenie może zostać odebrane osobiście w Gabinetcie lub wysłane pocztą listem poleconym na wyżej wskazany adres.

(podpis wnioskodawcy)

¹ Jeśli zaświadczenie dotyczy dziecka/podopiecznego

² Proszę podkreślić właściwe

³ Proszę podkreślić właściwe