

**EK 6.**

..... İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
..... SAĞLIKLI HAYAT MERKEZİ  
..... (Kurumuna)

Aşağıda kimlik bilgileri bulunan danışanın talebine istinaden kurumumuz psikososyal destek personeli tarafından yapılan değerlendirme sonucunda belirlenen ihtiyacının giderilmesi için mevzuat çerçevesinde kurumunuz hizmetlerinden yararlandırılması hususunda gereğini arz ederim.

Danışanın adı soyadı:

Danışan T.C. Kimlik Numarası:

Danışanın Sosyal Güvencesi:

Adresi:

Telefonu:

Talebi:

Psikososyal Destek Personelinin Görüşü (Tespit ettiğiniz ihtiyacı, talep edeceğiniz hizmeti, vakanın sosyal durumu hakkında değerlendirmelerinizi belirtiniz.):

Yönlendiren Psikososyal Destek Personeli

SHM Sorumlu Hekimi

İsim:

İsim:

İmza

İmza