

**Šilutės rajono savivaldybės**

**visuomenės sveikatos biuro**

**direktoriui**

**PRAŠYMAS SAVANORIŠKAI DALYVAUTI SVEIKATOS STIPRINIMO PROGRAMOJE,**

**SKIRTOJE ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ BEI CUKRINIO DIABETO PROFILAKTIKAI**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data)

1. Asmens vardas ir pavardė \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Gimimo data (metai / mėnuo / diena )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Kontaktinė informacija (telefono Nr., el. pašto adresas) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Sveikatos stiprinimo programos, skirtos širdies ir kraujagyslių ligų bei cukrinio diabeto profilaktikai, vykdymo vieta (adresas, telefonas,) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sutinku dalyvauti Sveikatos stiprinimo programoje, skirtoje širdies ir kraujagyslių ligų bei cukrinio diabeto profilaktikai** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(asmens parašas)