

VIỆN KIỂM SÁT¹ ...
².....
Số:...../QĐ-VKS...-...³

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

....., ngày..... tháng..... năm 20.....

QUYẾT ĐỊNH ĐÌNH CHỈ THI HÀNH BIỆN PHÁP BẮT BUỘC CHỮA BỆNH

VIỆN TRƯỞNG VIỆN KIỂM SÁT.....

Căn cứ Điều 41 và Điều 454 Bộ luật Tố tụng hình sự;

Căn cứ Quyết định khởi tố vụ án hình sự số..... ngày..... tháng..... năm.....
của⁴..... và Quyết định khởi tố bị can số..... ngày..... tháng..... năm.....
của⁵..... đối với⁶..... về tội quy định tại khoản..... Điều..... Bộ
luật Hình sự;

Căn cứ Quyết định áp dụng biện pháp bắt buộc chữa bệnh số... ngày... tháng...
năm... của Viện kiểm sát..... đối với⁵.....;

Căn cứ Kết luận giám định pháp y tâm thần số..... ngày..... tháng.....
năm..... của⁷.....;

Xét thấy⁸.....

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Đình chỉ thi hành biện pháp bắt buộc chữa bệnh đối với:

Họ và tên:..... Tên gọi
khác.....

Sinh ngày tháng năm tại: Giới tính:

Quốc tịch:; Dân tộc:; Tôn giáo:

Số CMND/Thẻ CCCD/Hộ chiếu:

cấp ngày..... tháng năm Nơi cấp:

Nơi cư trú:

Điều 2. Yêu cầu⁹..... thực hiện Quyết định này theo quy định của
Bộ luật Tố tụng hình sự./.

¹ Ghi tên Viện kiểm sát cấp trên trực tiếp hoặc Viện kiểm sát nhân dân tối cao

² Ghi tên Viện kiểm sát ban hành. Trường hợp Viện kiểm sát nhân dân tối cao ban hành thì bỏ mục này

³ Viết tắt tên Viện kiểm sát ban hành - đơn vị phụ trách (nếu có)

⁴ Ghi tên cơ quan ra Quyết định khởi tố vụ án

⁵ Ghi tên cơ quan ra Quyết định khởi tố bị can

⁶ Ghi rõ họ, tên người bị áp dụng biện pháp bắt buộc chữa bệnh

⁷ Ghi tên tổ chức, cá nhân ra Kết luận giám định pháp y tâm thần

⁸ Lý do đình chỉ thi hành biện pháp bắt buộc chữa bệnh theo quy định tại Điều 454 BLTTHS

⁹ Cơ quan, tổ chức, cá nhân có liên quan

Nơi nhận:

- Cơ sở bắt buộc chữa bệnh tâm thần;
- Người đại diện của người bị bắt buộc chữa bệnh;
-.....;
- Lưu: HSVA, HSKS, VP.

VIỆN TRƯỞNG¹⁰
(Ký tên, đóng dấu)

¹⁰ Trường hợp Phó Viện trưởng được Viện trưởng ủy quyền ký thay thì ghi như sau:

**“KT. VIỆN TRƯỞNG
PHÓ VIỆN TRƯỞNG”**