

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

Số:/ĐN-....., ngày tháng năm.....

ĐỀ NGHỊ
ÁP DỤNG BIỆN PHÁP BẮT BUỘC CHỮA BỆNH

Kính gửi: Viện kiểm sát.....

Cơ quan

đang thụ lý điều tra vụ án

theo Quyết định khởi tố vụ án hình sự số: ngày tháng năm

của

và Quyết định khởi tố bị can số: ngày tháng năm của

..... đối với:

Họ tên: Giới tính:

Tên gọi khác:

Sinh ngày tháng năm tại:

Quốc tịch:.....; Dân tộc:.....; Tôn giáo:

Nghề nghiệp:

Số CMND/Thẻ CCCD/Hộ chiếu:

cấp ngày tháng năm Nơi cấp:

Nơi thường trú:

Nơi tạm trú:
Nơi ở hiện tại:

Do nghi ngờ bị can không có năng lực trách nhiệm hình sự, Cơ quan
đã có Quyết định trưng cầu giám định số:..... ngàytháng năm
Kết luận giám định số:..... ngày..... tháng năm..... của
như sau:

Căn cứ Điều 447 và Điều 449 Bộ luật Tố tụng hình sự, Cơ quan
đề nghị Viện kiểm sát
áp dụng biện pháp bắt buộc chữa bệnh đối với:

Nơi nhận:

- VKS.....;
- Hồ sơ 02 bản.

Nguồn: Thông tư 119/2021/TT-BCA