CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

---------------

**GIẤY ĐỀ NGHỊ KHÁM GIÁM ĐỊNH**

Kính gửi:…………………………………………..

Tên tôi là ........................................................... Sinh ngày….. tháng….. năm……

Chỗ ở hiện tại: ................................................................................................

Giấy CMND/Thẻ căn cước/Hộ chiếu số: ............... Ngày cấp: ……..Nơi cấp:……

Số sổ BHXH/Mã số BHXH: ……………………………….. .........................

Nghề/công việc …………………………………………….. .........................

Điện thoại liên hệ: ............................................................................................

Đề nghị được giám định mức độ suy giảm khả năng lao động:

Đề nghị giám định: ………………………………................................

Loại hình giám định: …………………………….. ...........................................

Nội dung giám định: …………………………….. ....................................

Đang hưởng chế độ: ……………………………. ............................................

|  |  |
| --- | --- |
| Xác nhận của UBND hoặcCông an cấp xã | Người viết giấy đề nghị(Ký, ghi rõ họ tên) |