**PHỤ LỤC 2**

MẪU GIẤY ĐỀ NGHỊ KHÁM GIÁM ĐỊNH
*(Kèm theo Thông tư số 56/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

**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: ……………………….. 1…......................................

Nghề/công việc …………………………………….. 2….......................................

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

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

Đề nghị giám định: ………………………….3…...................................................

Loại hình giám định: ………………………..4 ….................................................

Nội dung giám định: ………………………..5 …...................................................

Đang hưởng chế độ: …………………..…….6 …..................................................

|  |  |
| --- | --- |
| **Xác nhận của UBND hoặc Công an cấp xã7** | **Người viết giấy đề nghị***(Ký, ghi rõ họ tên)* |