|  |  |
| --- | --- |
| *VIỆN KIỂM SÁT* *… ...................* | CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ---------------- |
| Số:…../QĐ-VKS…-… | *............, ngày...tháng...năm...* |

**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](https://hoatieu.vn/bo-luat-to-tung-hinh-su-101-2015-qh13-103764);

Căn cứ 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……… về tội ……. quy định tại khoản…… Điều………. [Bộ luật Hình sự](https://hoatieu.vn/bo-luat-hinh-su-100-2015-qh13-103773);

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……. của………….….…......;

Xét thấy:...………………………………………...…………………....................

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 cầu............................... thực hiện Quyết định này theo quy định của Bộ luật Tố tụng hình sự./.

|  |  |
| --- | --- |
| *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 TRƯỞNG  (Ký tên, đóng dấu) |