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

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ ĐƯỢC THỰC HIỆN KỸ THUẬT XÁC ĐỊNH LẠI GIỚI TÍNH**

***(Dùng cho người từ đủ 18 tuổi trở lên)***

Kính gửi: ................................................................

1. Tôi là (ghi rõ họ và tên):

2. Tuổi:

3. Địa chỉ thường trú:

4. Số CMND/Hộ chiếu:                                  ngày cấp                nơi cấp

Sau khi được bác sĩ khám và chẩn đoán xác định là tôi có:

- Khuyết tật bẩm sinh về giới tính hoặc

- Giới tính chưa được định hình chính xác.

Tôi làm đơn này đề nghị cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện can thiệp y tế để xác định lại giới tính cho tôi.

Trong quá trình thực hiện kỹ thuật can thiệp y tế để xác định lại giới tính tôi xin cam đoan thực hiện theo đúng quy chế của bệnh viện và chỉ định của bác sĩ và thanh toán các chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của Pháp luật.

|  |  |
| --- | --- |
|    | *................., ngày...... tháng........ năm........*Người làm đơn*(Ký và ghi rõ họ tên)* |