**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc Lập-Tự Do-Hạnh Phúc**

🙦🙤🙦🙤

**ĐƠN XIN XÁC NHẬN**

**NGƯỜI KHUYẾT TẬT VẬN ĐỘNG ĐANG CƯ TRÚ TẠI ĐỊA PHƯƠNG**

**Kính gửi** : UBND xã (phường): …………………………………………………………..

Tôi tên: …………………………………………….Sinh năm ………………………….

Địa chỉ: ………………………………………………………………………………….…

Nay tôi làm đơn này xin xác nhận tôi là người khuyết tật vận động hiện đang cư trú tại địa chỉ trên để bổ sung hồ sơ điều trị miễn phí tại Bệnh viện Chỉnh hình và Phục hồi chức năng Cần Thơ.

Tôi xin chân thành cảm ơn!

|  |  |
| --- | --- |
| **Xác nhận của UBND xã (phường)**  Xác nhận ông/bà  ………………………………………………  Là người khuyết tật vận động đang cư trú tại địa phương  *(Ký tên, đóng dấu)* | *…………. , ngày… tháng ….. năm…….*  **Người làm đơn**  *(Ký tên, ghi rõ họ tên)* |