|  |  |
| --- | --- |
| SỞ Y TẾ …..1.....…..2.....**-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc---------------** |
| Số: ..../QĐ-……… | *…..3....., ngày .... tháng.... năm……..* |

**QUYẾT ĐỊNH**

**Về việc thu hồi Thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng**

**GIÁM ĐỐC…….2……**

*Căn cứ Nghị định số……../2024/NĐ-CP ngày ... tháng... năm 2024 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Phòng, chống nhiễm vi rút gây ra Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS);*

*Căn cứ ……………………………………………4....................................*

**QUYẾT ĐỊNH:**

**Điều 1.**Thu hồi Thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng của:

- Họ, chữ đệm và tên khai sinh:.........................................................................................

- Số định danh cá nhân:....................................................................................................

- Số Thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng:.......................................

**Điều 2.**Quyết định này có hiệu lực thi hành kể từ ngày ký ban hành.

**Điều 3.**Các ông/bà Trưởng phòng, Trưởng khoa, lãnh đạo các đơn vị có liên quan và các cá nhân có tên tại Điều 1 chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:***- Như Điều 3;- Sở Y tế1……..;- Lưu: …… | **GIÁM ĐỐC***(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Ghi rõ tên tỉnh, thành phố.

2Ghi rõ tên cơ quan đầu mối phòng, chống HIV/AIDS cấp tỉnh.

3Ghi địa danh theo hướng dẫn về thể thức của Chính phủ.

4Biên bản tạm giữ Thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng.