**Phụ lục 3**

**GIẤY GIỚI THIỆU KHÁM GIÁM ĐỊNH BỆNH, TẬT, DỊ DẠNG, DỊ TẬT CÓ LIÊN QUAN ĐẾN PHƠI NHIỄM VỚI CHẤT ĐỘC HÓA HỌC***(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số: 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 30/6/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội)*

|  |  |
| --- | --- |
| UBND TỈNH/THÀNH PHỐ...**SỞ LAO ĐỘNG - THƯƠNG BINHVÀ XÃ HỘI-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc ---------------** |
| Số: ………./GGT-SLĐTBXH |  *…….., ngày ... tháng ... năm ....* |

**GIẤY GIỚI THIỆU**

Kính gửi: Hội đồng Giám định Y khoa ……………………

**SỞ LAO ĐỘNG - THƯƠNG BINH VÀ XÃ HỘI TỈNH/THÀNH PHỐ...**

………………………………………………………

Trân trọng giới thiệu: Ông (Bà) …………………………………. Giới tính: Nam □ Nữ □

Sinh ngày …….. tháng …… năm ……………..; Điện thoại liên lạc: .......................

Chỗ ở hiện tại: .............................................................................................................

Giấy CMND/ Hộ chiếu/Giấy khai sinh số (1): ………… Ngày..../ ..../ ….. Nơi cấp:

Ông (Bà) …………. hiện đang hưởng chế độ Thương binh/Người hưởng chính sách như Thương binh/Bệnh Binh/Người khuyết tật……..(2)………………………

Tỷ lệ thương tật/bệnh tật: ……………%...................................

Được giới thiệu đến Hội đồng Giám định Y khoa ......................................................

để khám giám định bệnh, tật, dị dạng, dị tật (3) .........................................................

......................................................................................................................................

có liên quan đến phơi nhiễm với chất độc hóa học.

|  |  |
| --- | --- |
| Các giấy tờ kèm theo, gồm có1.……………………………………2.……………………………………3.……………………………………4.…………………………………… | **GIÁM ĐỐC***(Ký, ghi rõ họ và tên và đóng dấu)* |

***Ghi chú:****Giấy giới thiệu có giá trị trong vòng ba tháng kể từ ngày ký Giấy giới thiệu.*

*(1) Giấy Khai sinh chỉ dùng cho đối tượng dưới 14 tuổi.*

*(2) Ghi rõ chế độ chính sách đối tượng đang hưởng (nếu có). Nếu không đang hưởng chế độ thì ghi “Không”*

*(3) Ghi rõ tên bệnh, tật, dị dạng, dị tật quy định tại Điều 2 và Phụ lục số 2 kèm theo Thông tư này tùy theo đối tượng khám giám định và ghi rõ tổng hợp tỷ lệ % TTCT (nếu có)*