**PHỤ LỤC 8**

GIẤY CHỨNG NHẬN MẮC BỆNH, TẬT, DỊ DẠNG, DỊ TẬT HOẶC SINH CON 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 Y TẾ-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc ---------------** |
| Số: ……./GCN-SYT | *……….., ngày ... tháng ... năm ...* |

**GIẤY CHỨNG NHẬN**

**MẮC BỆNH, TẬT, DỊ DẠNG, DỊ TẬT HOẶC SINH CON DỊ DẠNG, DỊ TẬT CÓ LIÊN QUAN ĐẾN PHƠI NHIỄM VỚI CHẤT ĐỘC HÓA HỌC**

**Giám đốc Sở Y tế tỉnh/thành phố** .......................................................................

Căn cứ (1) ………….. ngày …../ …../ …..của ...................................................

**CHỨNG NHẬN**

Ông (bà): ………………………………..…..……….. Giới tính: □ Nam □ Nữ

Sinh ngày …………. tháng ……………..…….… năm ………………………

Giấy CMND/Hộ chiếu/Giấy khai sinh số: ..................... Ngày ……/ …../……….

Nơi cấp:.................................................................................................................

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

Bị mắc bệnh, tật, dị dạng, dị tật hoặc sinh con dị dạng, dị tật (2).

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|    | **GIÁM ĐỐC***(Ký, ghi rõ họ và tên và đóng dấu)* |

*(1). Ghi rõ một trong hai giấy tờ quy định tại Khoản 1 Điều 15 Thông tư này.*

*(2). Ghi rõ bệnh, tật, dị dạng, dị tật theo đúng quy định của giấy tờ làm căn cứ cấp Giấy chứng nhận. Nếu sinh con dị dạng dị tật thì ghi rõ Sinh con dị dạng dị tật và tên của dị dạng dị tật theo đúng quy định.*