

ỦY BAN NHÂN DÂN

....⁽¹⁾....

Số:/QĐ-UBND

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

...⁽²⁾..., ngày ... tháng ... năm

QUYẾT ĐỊNH

Về việc xác nhận đáp ứng điều kiện⁽³⁾... bệnh⁽⁴⁾... tại⁽⁵⁾...

CHỦ TỊCH ỦY BAN NHÂN DÂN⁽¹⁾....

Căn cứ Luật Tổ chức chính quyền địa phương ngày 16 tháng 6 năm 2025;

Căn cứ Luật Phòng bệnh ngày 10 tháng 12 năm 2025;

Căn cứ Nghị định số 165/2026/NĐ-CP ngày 15 tháng 5 năm 2026 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Phòng bệnh;

Căn cứ⁽⁶⁾.....

Theo đề nghị của⁽⁷⁾.....

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Xác nhận⁽⁵⁾... đã đáp ứng đầy đủ các điều kiện chuyên môn về⁽³⁾... đối với bệnh⁽⁴⁾... từ ngày ... tháng ... năm ...

Điều 2. Các tiêu chí đã đạt được.

1. Tiêu chí⁽⁸⁾.....

2. Tiêu chí
.....

Điều 3. Trách nhiệm duy trì thành quả.

1.⁽⁹⁾... có trách nhiệm:

2.⁽¹⁰⁾... :

3.⁽¹¹⁾... :

Điều 4. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

Điều 5. Người đứng đầu các cơ quan, đơn vị và các cá nhân, tổ chức có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

CHỦ TỊCH

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

Nơi nhận:

- Như Điều 5;
-;
- Lưu: VT,

¹ Ghi tên tỉnh, thành phố.

² Ghi địa danh theo hướng dẫn về thể thức của Chính phủ.

³ Ghi rõ chấm dứt hay loại trừ hay thanh toán bệnh truyền nhiễm.

⁴ Ghi rõ tên bệnh truyền nhiễm.

⁵ Ghi rõ địa bàn hoặc phạm vi hành chính.

⁶ Ghi rõ căn cứ văn bản hướng dẫn chuyên môn của Bộ trưởng Bộ Y tế có liên quan.

⁷ Ghi rõ Giám đốc cơ quan chuyên môn y tế thuộc Ủy ban nhân dân cấp tỉnh.

⁸ Ghi rõ các tiêu chí đã đạt được.

⁹ Ghi rõ tên cơ quan chuyên môn y tế thuộc Ủy ban nhân dân cấp tỉnh.

¹⁰ Ghi rõ Ủy ban nhân dân các cấp có liên quan.

¹¹ Ghi rõ cơ quan liên quan.