**PHỤ LỤC SỐ 3**

MẪU GIẤY XÁC NHẬN THỜI GIAN THỰC TẾ HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN TRONG LĨNH VỰC PHÁP Y, PHÁP Y TÂM THẦN  
*(Ban hành kèm theo Thông tư số 02/2014/TT-BYT ngày 15/01/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |
| --- | --- |
| **…………….1…………..**  **…………….2………….. -------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  ---------------** |
| Số:           /GXN | *…3……., ngày  tháng  năm 20….* |

**GIẤY XÁC NHẬN THỜI GIAN THỰC TẾ HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN TRONG LĨNH VỰC GIÁM ĐỊNH PHÁP Y, PHÁP Y TÂM THẦN**

…….....4……………………………………………………… xác nhận:

Ông/Bà:  ...................................................................................................................

Ngày, tháng, năm sinh: ............................................................................................

Chỗ ở hiện nay:5  .....................................................................................................

Đơn vị công tác:6 .....................................................................................................

Lĩnh vực hoạt động chuyên môn:7  .........................................................................

1. Thời gian hoạt động chuyên môn trong lĩnh vực giám định pháp y, pháp y tâm thần:8  ........

2. Năng lực chuyên môn:9  ............

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

3. Đạo đức nghề nghiệp:10  .....................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
|  | **THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ** *(Ký tên, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)* |

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*1 Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.*

*2 Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.*

*3 Địa danh.*

*4 Đại diện cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.*

*5 Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký thường trú hoặc tạm trú.*

*6 Tên cơ quan nơi người đề nghị xác nhận thời gian hoạt động chuyên môn đang công tác.*

*7 Ghi theo đơn của người đề nghị xác nhận thời gian hoạt động chuyên môn.*

*8 Ghi cụ thể thời gian hoạt động chuyên môn trong lĩnh vực giám định pháp y, pháp y tâm thần từ ngày .... tháng ... năm.... đến ngày.... tháng .... năm...*

*9 Nhận xét cụ thể về khả năng chuyên môn trong lĩnh vực pháp y, pháp y tâm thần.*

*10 Nhận xét cụ thể về giao tiếp, ứng xử của người đề nghị bổ nhiệm đối với đồng nghiệp.*