**Mẫu số 10. Quyết định tham gia điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế**

|  |  |
| --- | --- |
| **ỦY BAN NHÂN DÂN****XÃ ……1……-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc---------------** |
| Số:…../QĐ-UBND | *…..2….., ngày……tháng……năm……* |

**QUYẾT ĐỊNH**

**Tham gia điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế**

**CHỦ TỊCH ỦY BAN NHÂN DÂN ..…1…….**

*Căn cứ Luật Tổ chức Chính phủ ngày 19 tháng 6 năm 2015; Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Tổ chức Chính phủ và Luật Tổ chức chính quyền địa phương ngày 22 tháng 11 năm 2019;*

*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);*

*Theo đề nghị của Trưởng Công an xã.*

**QUYẾT ĐỊNH:**

**Điều 1.**Điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế đối với:

1. Ông (bà):................................................. 3...................................

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

Nơi thường trú:.................................................................................

2. Tham gia điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế tại………..4…………….từ ngày .... tháng .... năm………….

**Điều 2.**Giao cho............... 4........ và gia đình ông (bà):…….3…… phối hợp hỗ trợ và quản lý ông (bà)     3           trong thời gian tham gia điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế.

**Điều 3.**Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày..... tháng....... năm.......

Ông (bà) có tên tại Điều 1, cơ quan, tổ chức, cá nhân được giao tại Điều 2 chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:***- Như Điều 3;- Lưu: VT, UBND. | **TM. ỦY BAN NHÂN DÂNCHỦ TỊCH***(Ký và ghi rõ họ tên, đóng dấu)* |