

समक्ष - मुख्य चिकित्सा अधिकारी, लखनऊ

- मैं* _____ पुत्र/पुत्री/पत्नी* _____
निदेशक/स्वामी/संचालक/प्रबन्धक* _____ पता* _____
आयु* _____ वर्ष निम्नवत् घोषणा करता हूँ :-
- धारा- 1 यह कि मैं* _____ पुत्र/पुत्री/पत्नी* _____
वर्तमान में-* _____ (निजी चिकित्सालय/नर्सिंग होम/पैथोलॉजी लैब/क्लीनिक का नाम)
पता* _____ में निदेशक/स्वामी/संचालक/प्रबन्धक के पद पर
कार्यरत हूँ।
- धारा- 2 यह कि मेरे चिकित्सालय के प्रतिनिधि के रूप में डा0/श्री* _____
पुत्र/पुत्री/पत्नी* _____ पता* _____
मोबाइल नं0* _____ ने दिनांक-* _____ को* _____
(स्थान का नाम) _____ पर* _____ (प्रशिक्षण कार्यशाला/जूम एप्प के माध्यम से)
आयोजित कोविड-19 संबंधी इन्फेक्शन प्रिवेन्शन प्रोटोकॉल का प्रशिक्षण प्राप्त कर लिया है।
- धारा- 3 यह कि मेरे चिकित्सालय के उक्त प्रतिनिधि ने मेरे चिकित्सा संस्थान में कुल कार्यरत* _____
स्टाफ जिसमें* _____ चिकित्सक* _____ पैरा मेडिकल वर्कर* _____ अन्य स्टाफ सम्मिलित
हैं, को दिनांक-* _____ को* _____ (स्थान का नाम) _____ पर कोविड-19 संबंधी
इन्फेक्शन प्रिवेन्शन प्रोटोकॉल के प्रशिक्षण कार्यक्रम का आयोजन कर सभी को प्रशिक्षण प्रदान कर दिया गया है।
- धारा- 4 यह कि मेरे चिकित्सालय में निम्नलिखित विभागों के द्वारा सेवायें प्रदान की जाती हैं :-
1.* _____ 2.* _____
3.* _____ 4.* _____
5.* _____ 6.* _____
7.* _____ 8.* _____
9.* _____ 10.* _____
- धारा- 5 यह कि मेरे चिकित्सालय द्वारा तथा कार्यरत समस्त स्टाफ द्वारा कोविड-19 के संबंध में भारत सरकार/राज्य सरकार/
नियामक प्राधिकरणों/मुख्य चिकित्सा अधिकारी, लखनऊ द्वारा समय-समय पर निर्गत
अधिनियमों/शासनादेशों/आदर्शों/परिपत्रों/इन्फेक्शन प्रिवेन्शन प्रोटोकॉल व जैव अपशिष्ट निस्तारण संबंधी नीतियों आदि
का शत-प्रतिशत अनुपालन सुनिश्चित किया जायेगा।
- धारा- 6 मैं अपने सम्पूर्ण ज्ञान एवं विश्वास के साथ घोषणा करता हूँ कि उक्त का अनुपालन पूर्ण सुनिश्चित किये जाने का समस्त
उत्तरदायित्व मेरा/मेरे संस्थान का होगा।

मैं प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्तानुसार धारा-01 से धारा-06 तक सभी
धारायें मेरे ज्ञान एवं विश्वास के अनुसार सत्य हैं उपरोक्तानुसार लिखित
कोई भी तथ्य असत्य, अपूर्ण अथवा भ्रामक नहीं हैं।

(घोषणाकर्ता के हस्ताक्षर)

(घोषणाकर्ता के हस्ताक्षर)

टिप्पणी- कृपया अपने संस्थान के लेटर-हेड पर बनायें