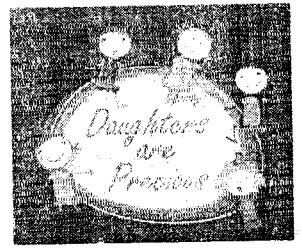




राजस्थान सरकार
राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, राजस्थान
चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, स्वास्थ्य भवन,
तिलक मार्ग, राजस्थान, जयपुर।
फोन नं० 0141-2221812,
ई-मेल :- pcpendt-rj@nic.in



क्रमांक: राज्य पीसीपीएनडीटी प्रकोष्ठ / 2023 / 184

दिनांक:- 03-05-2023

परिपत्र-21

समस्त जिला नोडल अधिकारी (पीसीपीएनडीटी) एवं
मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, राजस्थान।

विषय:- संस्थान के पंजीयन/नवीनीकरण हेतु प्रस्तुत आवेदन पत्रों के पंजीयन के सम्बन्ध में
दिशा-निर्देश।

उपरोक्त विषय में लेख है कि पंजीकरण प्रक्रिया के सरलीकरण हेतु ऑनलाईन आवेदन पत्र/दस्तावेजों व आवेदन प्रक्रिया में संशोधन बबत् निम्न दिशा-निर्देशों की पालना किया जाना सुनिश्चित करावे :-

- सभी आवेदन पत्रों को केवल ऑनलाईन रूप से प्राप्त किया जावे एवं निम्न वांछित दस्तावेज भी ऑनलाईन फॉर्म A के साथ ही अपलोड कराया जाकर भौतिक रूप से प्राप्त नहीं किया जावे-
 - संस्थान, के स्वामित्व के दस्तावेज एवं संस्थान के परिसर का साईड प्लान।
 - चिकित्सक के शैक्षणिक दस्तावेज/आरएमसी का प्रमाण पत्र।
 - चिकित्सक का नियुक्ति पत्र।
 - संस्थान स्वामी एवं चिकित्सक का पहचान प्रमाण पत्र।
- पीसीपीएनडीटी नियम 4(1) में प्रावधानित शपथ पत्र/घोषणा पत्र/वचनबद्ध पत्र संस्थान से ऑनलाईन आवेदन पत्र के साथ ऑनलाईन फॉर्मेट में ही प्राप्त किया जावे। भौतिक रूप से प्राप्त नहीं किया जावे।
- आवेदन संस्थान द्वारा नियम 6(1) में समुचित प्राधिकारी की संतुष्टि की पूर्ति हेतु ऑनलाईन आवेदन के साथ बिन्दु 1 में वर्णित वांछित दस्तावेज अपलोड किये जाने का स्व-घोषणा पत्र (संलग्न प्रारूप-'अ') में ऑनलाईन आवेदन पत्र के साथ अपलोड किये जाने पर समुचित प्राधिकारी द्वारा प्रस्तुत अपलोडेड ऑनलाईन आवेदन पत्र एवं दस्तावेजों के आधार पर अतिरिक्त पंजीकरण/नवीनीकरण प्रमाण पत्र जारी किया जावे।
- संस्थान के पंजीयन के पश्चात् यदि आवश्यकता समझी जाती है तो कारण रिकॉर्ड पर लेते हुए सूचना राज्य स्तर पर दी जाकर नियम 6(4) में प्रावधानित अनुसार समुचित प्राधिकारी द्वारा संस्थान का निरीक्षण एवं ऑनलाईन प्रस्तुत दस्तावेजों के अतिरिक्त अन्य वांछित दस्तावेजों के भौतिक रूप से प्राप्त किये जा सकेंगे।

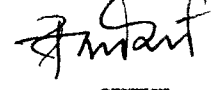
नोट:- इस हेतु पीसीपीएनडीटी प्रकोष्ठ द्वारा बिन्दु संख्या 01 व 02 बाबत् ऑनलाईन फॉर्म में संशोधन कराया जावेगा एवं बिन्दु संख्या 03 में वर्णित अनुसार ऑनलाईन फॉर्म के साथ स्व-घोषणा पत्र (संलग्न प्रारूप-'अ') जुडवाया जावेगा।

शासन सचिव,
चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं प०क० विभाग,
राजस्थान, जयपुर।

प्रतिलिपि निम्न को सूचनार्थ एवं पालनार्थ प्रेषित है:-

- निजी सचिव, शासन सचिव, चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं प०क० विभाग, जयपुर, राजस्थान।

2. निजी सचिव, अध्यक्ष, राज्य समुचित प्राधिकारी (पीसीपीएनडीटी) एवं मिशन निदेशक (एनएचएम) चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं प0क0 सेवायें, जयपुर, राजस्थान।
3. समस्त जिला समुचित प्राधिकारी (पीसीपीएनडीटी) एवं जिला कलक्टर, राजस्थान।
4. परियोजना निदेशक (पीसीपीएनडीटी), चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें, राजस्थान जयपुर।
5. तकनीकी निदेशक(एनआईसी), एसएसओ बिल्डिंग, 8318, शासन सचिवालय, राजस्थान जयपुर।
6. श्री गौरिश वशिष्ठ, वैज्ञानिक-सी(एनआईसी), चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें, राजस्थान जयपुर को भेजकर लेख है कि उपरोक्त परिपत्र अनुसार सभी आवश्यक कार्यवाही सुनिश्चित करावें।
7. संयुक्त निदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें, समस्त जोन राजस्थान।
8. समस्त उपखण्ड समुचित प्राधिकारी (पीसीपीएनडीटी) एवं जिला स्तरीय चिकित्सा अधिकारी, राजस्थान (जरिये पीसीपीएनडीटी समन्वयक)
9. समस्त जिला समन्वयक पीसीपीएनडीटी, राजस्थान।
10. सर्वर रूम।



अध्यक्ष,
राज्य समुचित प्राधिकारी (पीसीपीएनडीटी) एवं
मिशन निदेशक(एनएचएम),
चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं प0क0 विभाग,
राजस्थान, जयपुर।

स्व-घोषणा पत्र

1. मैं श्री / श्रीमती / कुमारी / डॉ०.....
पुत्री / पुत्र / पत्नि..... आयु..... वर्ष निवासी.....

.....हूँ और..... (संगठन का नाम).....

.....में..... (पदनाम)..... के रूप में कार्यरत हूँ। यह घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि मेरे द्वारा पीसीपीएनडीटी अधिनियम, 1994 और पीसीपीएनडीटी नियम, 1996 के तहत पंजीयन/नवीनीकरण हेतु प्रस्तुत आवेदन पत्र के साथ अधिनियम/नियम में वांछित अपेक्षाओं संबंधी निम्न दस्तावेज संलग्न कर अपलोड कर दिये हैं जो मेरे निजी ज्ञान में सत्य सही है:-

2. आवेदन के साथ संलग्न कर अपलोड किये गये दस्तावेज:-

- I. संस्थान के स्वामित्व के दस्तावेज एवं संस्थान के परिसर का साईड प्लान।
- II. चिकित्सक के शैक्षणिक दस्तावेज/आरएमसी का प्रमाण पत्र।
- III. चिकित्सक का नियुक्ति पत्र।
- IV. संस्थान स्वामि एवं चिकित्सक का पहचान प्रमाण पत्र।

दिनांक:-

स्थान:-

रजिस्ट्रीकृत किये जाने वाले
संगठन की ओर से हस्ताक्षर करने वाले
प्राधिकृत व्यक्ति का नाम, पदनाम एवं हस्ताक्षर
(रजिस्ट्रीकृत किये जाने वाले संगठन की मोहर)

सत्यापन

मैं श्री / श्रीमती / कुमारी / डॉ०..... पुत्री / पुत्र / पत्नि.....
..... आयु..... वर्ष निवासी.....

.....हूँ और..... (संगठन का नाम)..... में..... (पदनाम)..... के रूप में कार्यरत हूँ। सत्यापित करता हूँ/करती हूँ कि घोषणा बिंदू संख्या 1 से 2 मेरी निजी जानकारी में सत्य व सही है।

रजिस्ट्रीकृत किये जाने वाले
संगठन की ओर से हस्ताक्षर करने वाले
प्राधिकृत व्यक्ति का नाम, पदनाम एवं हस्ताक्षर
(रजिस्ट्रीकृत किये जाने वाले संगठन की मोहर)

