

# उत्तर प्रदेश स्टेट मेडिकल फैकल्टी

5, सर्वपल्ली, माल एवेन्यू रोड, लखनऊ – 226001

हेल्पलाइन नम्बर : 8400955546, 9151024463

Website: www.upsmfac.org Email: upmedicalfaculty@upsmfac.org



पत्रांक संख्या—2016/25

दिनांक 21.02.25

अनुस्मारक-1

सेवा में,

प्रबन्धक/प्रधानाचार्य,

पूर्व में आवेदित संबंधित प्रशिक्षण केन्द्र (ए0एन0एम0 पाठ्यक्रम को छोड़कर),  
उत्तर प्रदेश।

विषय—स्थलीय निरीक्षण के संबंध में।

महोदय/महोदया,

कृपया इस कार्यालय के पत्र संख्या—1855/25 दिनांक 14.02.2025 का सन्दर्भ ग्रहण करने का कष्ट करें।

उक्त के संबंध में अवगत करना है कि कार्यालय पत्र दिनांक 14.02.2025 में दिये गये दिशा-निर्देशों के क्रम में कार्यालय की वेबसाइट www.upsmfac.org पर उपलब्ध लिंक "नये/सीट वृद्धि हेतु पूर्व में आवेदित नर्सिंग/पैरामेडिकल प्रशिक्षण केन्द्र के रजिस्ट्रेशन हेतु" के माध्यम से पूर्व में आवेदित पाठ्यक्रम के लिए संस्था द्वारा स्थलीय निरीक्षण हेतु ऑनलाईन रजिस्ट्रेशन दिनांक 14.02.2025 से 06.03.2025 तक किया जा सकता है।

पूर्व से आवेदित उन सभी संस्थाओं (जिनका प्रथम/द्वितीय/तृतीय निरीक्षण होना है) को स्थलीय निरीक्षण हेतु ऑनलाईन रजिस्ट्रेशन करना अनिवार्य है, जिनका पूर्व में हुये स्थलीय निरीक्षण में मानकानुसार टीचिंग ब्लॉक/हास्टल ब्लॉक/क्रियाशील चिकित्सालय नहीं पाया गया था अथवा जिन संस्थानों का स्थलीय निरीक्षण कतिपय कारणोंवश (यथा संस्था द्वारा निर्धारित समयावधि में कम्पलाइन्स न देने, संस्था द्वारा पूर्व में ही स्थलीय निरीक्षण हेतु मना कर देने या निरीक्षण दल के पहुँचने पर तत्समय निरीक्षण न कराने के कारण) नहीं हुआ था। चूँकि यह आपका प्रथम/द्वितीय/तृतीय निरीक्षण होगा, अतः उक्त ऑनलाईन रजिस्ट्रेशन हेतु किसी भी प्रकार का कोई शुल्क देय नहीं होगा।

यदि आप द्वारा कार्यालय की वेबसाइट पर उपलब्ध उक्त लिंक के माध्यम से स्थलीय निरीक्षण हेतु उक्त निर्धारित तिथि में ऑनलाईन रजिस्ट्रेशन नहीं किया जाता है तो आपकी संस्था का स्थलीय निरीक्षण इस वर्ष प्रस्तावित निरीक्षण प्रक्रिया में किया जाना संभव नहीं होगा। जिसका समस्त उत्तरदायित्व आपका होगा।

भवदीय,

सचिव,

उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी।

# उत्तर प्रदेश स्टेट मेडिकल फैकल्टी

5, सर्वपल्ली, माल एवेन्यू रोड, लखनऊ – 226001

हेल्पलाइन नम्बर : 8400955546, 9151024463

Website: www.upsmfac.org

Email: upmedicalfaculty@upsmfac.org



पत्रांक संख्या- 1855/25

दिनांक 14/02/2025

सेवा में,

प्रबन्धक/प्रधानाचार्य,

पूर्व में आवेदित समस्त प्रशिक्षण केन्द्र (ए0एन0एम0 पाठ्यक्रम को छोड़कर),  
उत्तर प्रदेश।

**विषय-स्थलीय निरीक्षण के संबंध में।**

महोदय/महोदया,

आप अवगत हैं कि इस कार्यालय के पत्र-6418/24 दिनांक 28.06.2024 एवं पत्र संख्या-8610/24 दिनांक 27.08.2024 के क्रम में डिप्लोमा/डिग्री नर्सिंग/पैरामेडिकल पाठ्यक्रमों हेतु आवेदित प्रशिक्षण केन्द्र का स्थलीय निरीक्षण संबंधी प्रक्रिया विगत वर्ष क्यू0सी0आई0 के माध्यम से सम्पन्न की गयी थी। इस वर्ष भी स्थलीय निरीक्षण संबंधी प्रक्रिया क्यू0सी0आई0 के माध्यम से मार्च/अप्रैल में किया जाना प्रस्तावित है।

यदि आप अपने पूर्व में आवेदित पाठ्यक्रम हेतु संस्था का स्थलीय निरीक्षण कराने के इच्छुक हैं तो आपको कार्यालय की वेबसाइट [www.upsmfac.org](http://www.upsmfac.org) पर उपलब्ध लिंक "नये/सीट वृद्धि हेतु पूर्व में आवेदित नर्सिंग/पैरामेडिकल प्रशिक्षण केन्द्र के रजिस्ट्रेशन हेतु" के माध्यम से स्थलीय निरीक्षण हेतु दिनांक 14.02.2025 से 06.03.2025 तक ऑनलाईन रजिस्ट्रेशन करना अनिवार्य होगा। चूंकि यह आपका प्रथम/द्वितीय/तृतीय निरीक्षण होगा, अतः उक्त ऑनलाईन रजिस्ट्रेशन हेतु किसी भी प्रकार का कोई शुल्क देय नहीं होगा।

यदि आप द्वारा कार्यालय की वेबसाइट पर उपलब्ध उक्त लिंक के माध्यम से स्थलीय निरीक्षण हेतु उक्त निर्धारित तिथि में ऑनलाईन रजिस्ट्रेशन नहीं किया जाता है तो आपकी संस्था का स्थलीय निरीक्षण इस वर्ष प्रस्तावित निरीक्षण प्रक्रिया में किया जाना संभव नहीं होगा। जिसका समस्त उत्तरदायित्व आपका होगा।

भवदीय,

सचिव,

उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी।



**पुनः निरीक्षण हेतु ऑनलाईन रजिस्ट्रेशन करते समय अपलोड किये जाने वाले प्रपत्र –**

**फोटोग्राफ :**

टीचिंग ब्लाक, हास्टल ब्लाक एवं चिकित्सालय के फोटोग्राफ।

**प्रपत्र/अभिलेख :**

1. संस्था (सोसायटी/ट्रस्ट/कम्पनी) का अद्यतन रजिस्ट्रेशन प्रमाण-पत्र।
2. संस्था के बाइलाज/मेमोरेण्डम ऑफ एसोशिएसन।
3. प्रश्नगत पाठ्यक्रम का केन्द्र खोलने हेतु सोसा0/ट्रस्ट/कम्पनी द्वारा पारित रिजोल्यूशन/प्रस्ताव।
4. संस्था की बैलेन्सशीट (विगत 2 वर्षों की)।
5. प्रशिक्षण केन्द्र की भूमि (टीचिंग ब्लाक व हास्टल ब्लाक) एवं चिकित्सालय की भूमि के मालिकाना हक का प्रमाण-पत्र/प्रपत्र (संस्था का ही हो) जो राजस्व विभाग के सक्षम प्राधिकारी प्राधिकरण (तहसीलदार) से कम न हो से प्रमाणित प्रति/खतौनी की मूल प्रति अथवा उपनिबन्धक द्वारा सत्यापित विलेख की प्रति, यदि संस्था ग्रामीण क्षेत्र से संबंधित हो और भूमि कृषि योग्य हो तो निबन्धन धारा 143 के अर्न्तगत भू-उपयोग परिवर्तन के आदेश की प्रमाणित प्रति।
6. टीचिंग ब्लाक, हास्टल ब्लाक एवं चिकित्सालय का प्रमाणित मानचित्र (ब्लू प्रिन्ट)।
7. अग्नि शमन प्रमाण-पत्र (टीचिंग ब्लाक, हास्टल ब्लाक एवं चिकित्सालय) तीनों का ऑनलाईन पद्धति वाला स्थायी (पूर्णता कम्प्लीशन) जिसमें वैधता तिथि अवश्य अंकित हो।
8. चिकित्सालय की प्रारम्भ तिथि।
9. चिकित्सालय का सी0एम0ओ0 रजिस्ट्रेशन प्रमाण-पत्र।
10. चिकित्सालय का प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड का प्रमाण-पत्र।
11. चिकित्सालय में कार्यरत चिकित्सकों का विवरण (रजिस्ट्रेशन नम्बर, नियुक्ति-पत्र एवं विगत तीन माह की सैलरी स्लिप)।
12. चिकित्सालय में कार्यरत नर्सिंग कार्मिकों का विवरण (रजिस्ट्रेशन नम्बर, नियुक्ति-पत्र एवं विगत तीन माह की सैलरी स्लिप)।
13. चिकित्सालय में कार्यरत पैरामेडिकल कार्मिकों का विवरण (रजिस्ट्रेशन नम्बर, नियुक्ति-पत्र एवं विगत तीन माह की सैलरी स्लिप)।
14. चिकित्सालय के कर्मचारियों की सैलरी संबंधित विगत तीन माह के लेज़र।
15. चिकित्सालय की वर्ष 2022-23/2023-24 की आडिटेड बैलेन्सशीट। जो चिकित्सालय 01 अप्रैल, 2024 के पश्चात् खुले हैं, उनको इस वित्तीय वर्ष से संबंधित दिसम्बर-2024 तक का चार्टर्ड एकाउंटेंट द्वारा सत्यापित प्रोविजनल बैलेन्सशीट देना आवश्यक है।
16. चिकित्सालय के पी0एम0जे0ए0वाई0 में पंजीकृत होने की सूचना। यदि चिकित्सालय पी0एम0जे0ए0वाई0 में पंजीकृत है तो विगत दो वर्षों में किये गये क्लेम व भुगतान के संबंध में अभिलेख सहित विवरण।
17. डिग्री पाठ्यक्रमों हेतु अटल बिहारी बाजपेयी चिकित्सा विश्वविद्यालय, लखनऊ/सम्बद्ध विश्वविद्यालय का सहमति-पत्र (Letter of Intent)।
18. शपथ-पत्र स्टाम्प पेपर पर नोटरी द्वारा प्रमाणित।

शपथ-पत्र का प्रारूप

शपथ पत्र

(आवेदन पत्र के साथ स्टाम्प पेपर पर नोटरी द्वारा सत्यापित शपथ-पत्र संलग्न करें)

सचिव,

उ०प्र० स्टेट मेडिकल फैकल्टी,

लखनऊ।

1. मैं (संस्था के मुखिया का नाम).....शपथ पूर्वक प्रमाणित करता हूँ/करती हूँ कि मेरी संस्था (संस्था का नाम) .....के द्वारा प्रस्तावित प्रशिक्षण केन्द्र का नाम व पता.....में (कोर्स का नाम)..... संचालन हेतु आवेदन किया गया है।
2. मैं बचन देता हूँ/देती हूँ कि मैं अपने प्रशिक्षण केन्द्र में उ०प्र० सरकार द्वारा मान्यता प्राप्त पैरामेडिकल/नर्सिंग डिप्लोमा/डिग्री के प्रशिक्षणों के अलावा अन्य कोई प्रशिक्षण नहीं चलाऊँगा/चलाऊँगी।
3. यह कि प्रशिक्षण केन्द्र व उससे संबंधित भूमि का मालिकाना हक मेरी संस्था का ही है। उक्त भूमि केन्द्र सरकार/राज्य सरकार/प्राधिकरण की किसी भी योजना में अधिग्रहीत नहीं है और न ही अधिग्रहण हेतु प्रस्तावित है।
4. यह कि उक्त प्रशिक्षण केन्द्र की भूमि से संबंधित मा० उच्चतम न्यायालय/मा० उच्च न्यायालय/सक्षम न्यायालय अथवा न्यायिक अभिकरण में किसी भी प्रकार का दीवानी/फौजदारी वाद विचाराधीन/लम्बित नहीं है और ना ही किसी प्रकार का स्थगन आदेश ही प्राप्त हुआ है।
5. संस्था के पास सम्पूर्ण उत्तर प्रदेश में ..... हे० भूमि है, जो उत्तर प्रदेश राजस्व संहिता 2006 की धारा 89 में उल्लिखित सीमा 5.0586 हेक्टेयर से अधिक भूमि नहीं है। (और यदि अधिक है तो धारा 89 (3) के अर्न्तगत राजस्व विभाग, उत्तर प्रदेश शासन से प्राप्त अनुमति प्रमाण-पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)।
6. मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि मेरे द्वारा आवेदन-पत्र में दी गयी जानकारी एवं संलग्न किये गये प्रपत्र पूर्ण एवं सत्य है और इसमें कुछ भी छिपाया नहीं गया है। यदि किसी भी समय, मुझे कोई जानकारी छिपाने या कोई गलत जानकारी देते हुए पाया जाता है, तो मेरे विरुद्ध नियमानुसार विधिक कार्यवाही की जा सकती है।
7. मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि आवेदन-पत्र में मेरे द्वारा दी गयी जानकारी निरीक्षण के समय बदली नहीं जायेगी।
8. मैं वचन देता हूँ/देती हूँ कि मैं राज्य सरकार व उ०प्र० स्टेट मेडिकल फैकल्टी के द्वारा दिये गये दिशा-निर्देशों व निर्णयों का पालन करूँगा/करूँगी और यदि संस्था द्वारा किसी भी दिशा-निर्देशों/मानकों का उल्लंघन किया जाता तो संस्था की मान्यता/सम्बद्धता समाप्त कर दी जाय।

स्थान :-

दिनांक :-

संस्था के मुखिया के हस्ताक्षर  
संस्था के मुखिया का नाम  
संस्था का नाम