डा0 ए0पी0जे0 अब्दुल कलाम प्राविधिक विश्वविद्यालय उत्तर प्रदेश

सेक्टर-11, जानकीपुरम विस्तार योजना, लखनऊ-226031

पत्रांक: ए0के0टी0यू0/कुस0का0/स्था0/2022/17087 **दिनांक:** 20 अगस्त, 2022

सेवा में,

निदेशक/प्राचार्य

विश्वविद्यालय से सम्बद्ध समस्त अभियंत्रण एवं व्यवसायिक संस्थान।

विषय: मानव रोगक्षम अल्पता विषाणु और अर्जित रोगक्षम अल्पता संल्क्षण (निवारण और नियंत्रण) अधिनियम-2017 के अन्तर्गत शिकायत अधिकारी के मनोनयन के संबंध में।

महोदय,

कृपया उपरोक्त विषयक के संबंध में अवगत कराना है कि स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा 17 सितम्बर, 2018 को जारी अधिसूचना के अध्याय-3 की धारा-9(1) के तहत संस्था में कार्यरत एच0आई0वी0 संक्रमित कर्मचारियों की शिकायतों के निवारण की सूचना हेतु विश्वविद्यालय द्वारा नोडल अधिकारी के रूप में श्री शिवम गुप्ता, सहायक कुलसचिव, ए0के0टी0यू0, लखनऊ को नामित किया गया है। स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा निर्धारित प्रारूप (Annexure-1संलग्न) पर छमाही सूचना उपलब्ध कराये जाने की अपेक्षा की गयी है।

अत: आपसे अपेक्षा है कि उक्त सूचना संलग्न प्रारूप पर भरकर कमश: कुलसचिव, ए0के0टी0यू0 तथा श्री शिवम गुप्ता नोडल अधिकारी की ई-मेल आई0डी0 registrar@aktu.ac.in, shivam@aktu.ac.in पर उपलब्ध करवाने का कष्ट करें जिससे संकलित सूचना उनके द्वारा समयान्तर्गत प्रेषित की जा सके।

संलग्नक: यथोक्त

भवदीय,

(डॉ0 आर0 के0 सिंह)
उप कुलसचिव

प्रतिलिपि: निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित:

1. कुलसचिव, ए0के0टी0यू0, लखनऊ।
2. श्री शिवम गुप्ता, सहायक कुलसचिव/नोडल अधिकारी, ए0के0टी0यू0, लखनऊ को इस निर्देश के साथ प्रेषित है कि संस्थानों से ई-मेल से प्राप्त सूचना को संकलित कर संबंधित विभाग को उपलब्ध कराया जाना सुनिश्चत करें।
3. स्टाफ आफीसर, ए0के0टी0यू0, लखनऊ।

(डॉ0 आर0 के0 सिंह)
उप कुलसचिव

Annexure – 1

REPORTING FORMAT-OMBUDSMAN

Name of the State	
Name of Ombudsman	
Address of the Ombudsman	
Year	

CONSOLIDATED HALF-YEARLY REPORTING

	Month	No. of complaints received	No. of complaints disposed of in the stipulated time (thirty working days/same day in case of medical emergency)	No. of complaints pending	Reason
Month 1					
Month 2					
Month 3					
Month 4					
Month 5					
Month 6					
Total					

DETAILED COMPLAINT LOG/INFORMATION

S. No	Month	Nature of complaint				Brief Description	Action Taken
		Healthcare Setting	Workplace Setting	Educational Setting	Community Setting		