

එකඟතා ප්‍රකාශය

..... වන මම  
..... ලියාපදිංචි අංකය දරණ .....  
ආයතනයේ හිමිකරු/අධ්‍යක්ෂක /කළමනාකරු වන අතර .....  
.....යන ලිපිනයේ  
පිහිටා ඇති ඉහත සඳහන් මාගේ ආයතනය .....  
සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී කොට්ඨාශයට අයත්වේ.

මම විසින් බෝවන රෝග වැළැක්වීම සහ පාලනය කිරීම සඳහා අදාළ වන නීතිමය විධිවිධාන හා සෞඛ්‍ය සහ දේශීය වෛද්‍ය සේවා අමාත්‍යාංශය විසින් වරින් වර කොරොනා වයිරස් රෝගය 2019 (කොවිඩ්-19) වැළැක්වීම සහ පාලනය කිරීම සඳහා නිකුත් කරනු ලබන මාර්ගෝපදේශ, උපදෙස් සහ චක්‍රලේඛයන්ට අනුව අදාළ ව්‍යාපාර / ආයතන අනුගමනය කළ යුතු ක්‍රියාමාර්ග පිළිපදින බවට මෙයින් සහතික වෙමි.

මම හෝ මගේ ආයතනයේ ඕනෑම සේවකයෙකු විසින් එවැනි නීතිමය විධිවිධාන උල්ලංඝනය කලහොත්, පවත්නා ව්‍යවස්ථාපිත නීතිය / නීතිවල අදාළ වන ඕනෑම නීතිමය විධිවිධානයන් යටතේ මා හට එරෙහිව පියවර ගත හැකි බව මම දනිමි.

අත්සන: .....  
ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය: .....  
දිනය: .....

සටහන: ලබා දී ඇති උපදෙස් වලට අනුකූල බව දක්වමින් ඔබ විසින් එකඟතා ප්‍රකාශය පිරවිය යුතුය. සම්පූර්ණ කරන ලද එකඟතා ප්‍රකාශයේ මුල් පිටපත ප්‍රදේශයේ සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරීවරයා වෙත යැවිය යුතුය. එහි පිටපතක් අදාළ පළාත් පාලන ආයතනයට (මහ නගර සභාව / නගර සභාව / ප්‍රාදේශීය සභාව) යැවිය යුතු අතර තවත් පිටපතක් තමන් සතුව තබා ගත යුතුය. ඉහත මාර්ගෝපදේශ දැඩි ලෙස පිළිපැදීම සහතික කිරීම ආයතන ප්‍රධානියාගේ / භාරකරුගේ වගකීම වේ.