☎ General: 0471- 2312910, 2318153, 2318154, 2318155 Chairman: 2318150 Member Secretary: 2318151
e-mail: ms.kspcb@gov.in, FAX: 2318152 web: www.keralapcb.nic.in

KERALA STATE POLLUTION CONTROL BOARD
കേരള സംസ്ഥാന മലിനീകരണ നിയന്ത്രണ ബോർഡ്

Pattom P.O., Thiruvananthapuram – 695 004
പട്ടം പി.ഒ., തിരുവനന്തപുരം - 695 004

പിസിബി/റ്റി4/115/97(2) തീയതി: 08.05.2017

സർക്കുലർ

വിഷയം: ഡെന്റൽ ക്ലിനിക്കുകൾക്ക് ആതറൈസേഷൻ നൽകുന്നത് - സംബന്ധിച്ച്.

സൂചന: 1. 201 - ാം മത് ബോർഡ് മീറ്റിംഗ് തീരുമാനം.
2. 11.04..2016 - ലെ പിസിബി/എച്ച്6/സർക്കുലർ/2015.

2016 - ലെ ബയോമെഡിക്കൽ വേസ്റ്റ് മാനേജ്മെന്റ് റൂൾസിലെ റൂൾ-10 പ്രകാരം ബയോമെഡിക്കൽ വേസ്റ്റ് കൈകാര്യം ചെയ്യുന്ന എല്ലാ യൂണിറ്റുകളും കേരള സംസ്ഥാന മലിനീകരണ നിയന്ത്രണ ബോർഡിന്റെ ആതറൈസേഷൻ കരസ്ഥമാക്കണമെന്നുണ്ട്. ടി റൂൾസിലെ റൂൾ - 10 (1) പ്രകാരം ബയോമെഡിക്കൽ വേസ്റ്റ് കൈകാര്യം ചെയ്യുന്ന non-bedded സ്ഥാപനങ്ങൾ ബോർഡിൽ നിന്നും ഒറ്റത്തവണ ആതറൈസേഷൻ കരസ്ഥമാക്കിയാൽ മതി. ഡെന്റൽ ക്ലിനിക്കുകൾ non-bedded സ്ഥാപനത്തിന്റെ പരിധിയിൽ വരുന്നതിനാൽ ഡെന്റൽ ക്ലിനിക്കുകളുടെ ആതറൈസേഷൻ അപേക്ഷയിന്മേൽ സ്വീകരിക്കേണ്ട നടപടികൾ 31.01.2017 - ൽ ചേർന്ന 201-ാമത് ബോർഡ് മീറ്റിംഗിൽ വിശദമായി ചർച്ച ചെയ്യുകയും ചർച്ചയ്ക്ക് ശേഷം താഴെ പറയുന്ന പ്രകാരം ഡെന്റൽ ക്ലിനിക്കുകളുടെ ആതറൈസേഷൻ അപേക്ഷ പരിഗണിക്കുവാൻ തീരുമാനിച്ചു.

1. ഡെന്റൽ ക്ലിനിക്കുകൾ ബയോമെഡിക്കൽ വേസ്റ്റ് മാനേജ്മെന്റ് ചട്ടങ്ങൾ, 2016 - ൽ അനുശാസിക്കുന്ന ഫാറം - 2 - ൽ അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
2. അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഡെന്റൽ കസേരകളുടെ എണ്ണം ഒടുക്കിയ ഫീസിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ എന്നിവ സൂചപ്പിക്കുന്ന സത്യവാങ്മൂലം സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
3. ആതറൈസേഷൻ പുതുക്കാനുള്ള അപേക്ഷയോടൊപ്പം നിർദ്ദിഷ്ട ഫാറത്തിൽ ബയോമെഡിക്കൽ വേസ്റ്റ് കൈകാര്യം ചെയ്തതു സംബന്ധിച്ച വാർഷിക റിപ്പോർട്ട് (Dental Report in Form-IV) സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
4. അപേക്ഷയോടൊപ്പം പൊതു സംസ്കരണ സംവിധാനത്തിൽ ചേർന്നതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട രേഖകൾ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
5. നിലവിലെ നിരക്കിൽ ആതറൈസേഷൻ ഫീസ് ഈടാക്കി ഡെന്റൽ ക്ലിനിക്കുകൾക്ക് ഒറ്റത്തവണ ആതറൈഷേസൻ 15 വർഷ കാലാവധിയിലേക്ക് നൽകാവുന്നതാണ്. ഫീസ്, കുറഞ്ഞ പക്ഷം ഒരു വർഷത്തേക്കോ, അധിക പക്ഷം 15 വർഷത്തേക്കോ അല്ലെങ്കിൽ ഒരു വർഷത്തിന്റെ ഗുണിതങ്ങളായോ, ഒടുക്കാവുന്നതാണ്. ഫീസ്

ഒടുക്കുന്ന മുറയ്ക്ക് ആതറൈസേഷന്റെ കാലാവധി താഴെ പറയും പ്രകാരം രേഖപ്പെടുത്താവുന്നതാണ്.

Sl. No.	Fee Remitted	Date of Remittance	Valid up to
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

ഒപ്പ്/-
ചെയർമാൻ

പകർപ്പ്

1. എല്ലാ മേഖലാ/ ജില്ലാ ആഫീസ് മേധാവികൾക്കും
2. ഹെഡ് ഓഫീസിലെ എല്ലാ ടെക്നിക്കൽ ആഫീസർമാർക്കും
3. IT Cell (ബോർഡിന്റെ വെബ്സൈറ്റിൽ അപ്‌ലോഡ് ചെയ്യുന്നതിനായി)
4. ചെയർമാന്റെയും മെമ്പർ സെക്രട്ടറിയുടെയും കോൺഫിഡൻഷ്യൽ അസിസ്റ്റന്റ്
5. സ്റ്റോക്ക് ഫയൽ

ഉത്തരവിൻ പ്രകാരം

എൻവയൺമെന്റൽ എഞ്ചിനീയർ - 4