

সংযোজনী 'খ-২': আপিল ফরম

[অভিযোগ প্রতিকার ব্যবস্থা সংক্রান্ত নির্দেশিকা, ২০১৫ (পরিমার্জিত ২০১৭)-এর অনুচ্ছেদ ৬.২ (ক) দ্রষ্টব্য]

আপিল কর্মকর্তা

..... (যে দপ্তরের সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল উক্ত দপ্তরের নাম)

..... (যে দপ্তরের সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল উক্ত দপ্তরের ঠিকানা)

এবং

..... (আপিল কর্মকর্তার পদবি)

..... (আপিল কর্মকর্তার দপ্তরের নাম)

..... (আপিল কর্মকর্তার দপ্তরের ঠিকানা)

আপিলকারীর প্রকৃতি (যেকোনো একটি বক্সে টিক দিন)

অভিযোগকারী/সেবাপ্রার্থী

দায়িত্বপ্রাপ্ত কর্মকর্তা

অভিযুক্ত কর্মকর্তা-কর্মচারী

আপিলকারীর তথ্য

০১। আপিলকারীর নাম * :

০২। স্থায়ী ঠিকানা * :

০৩। বর্তমান ঠিকানা * (ঐ) :

০৪। মোবাইল নম্বর * : ০৫। ই-মেইল :

অভিযোগ সংক্রান্ত তথ্য

০৬। সেবা সংশ্লিষ্ট দপ্তরের নাম * :

০৭। সেবার নাম :

০৮। অভিযোগের বিষয় * :

০৯। অভিযোগের তারিখ * :

১০। অভিযোগের ট্র্যাকিং নম্বর :

১১। অভিযোগ নিষ্পত্তির তারিখ (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে) :

আপিল সংক্রান্ত তথ্য

১২। আপিলের বিষয় * :

১৩। আপিলের বর্ণনা * :

(প্রয়োজনে অতিরিক্ত কাগজ সংযুক্ত করুন)

আমার জ্ঞানমতে উল্লিখিত তথ্য সম্পূর্ণ সঠিক ও সত্য

তারিখ :

অভিযোগকারীর স্বাক্ষর

সংযুক্তি:

১। আপিলের বর্ণনা

২। অভিযোগের অনুলিপি *

৩। আওতাধীন দপ্তর/দপ্তরসমূহে আপিলের অনুলিপি (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)

৪। সংশ্লিষ্ট কাগজপত্র

* চিহ্নিত তথ্যসমূহ আবশ্যিকভাবে পূরণ করতে হবে।

