

സർക്കുലർ

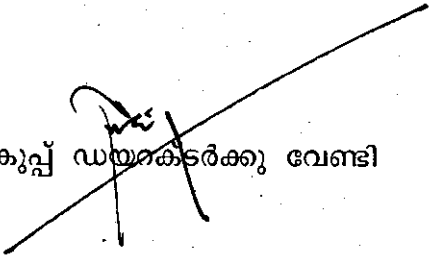
വിഷയം:- ആരോഗ്യവകുപ്പിന്റെ കീഴിൽ എൽ.ഡി. ടൈപ്പിസ്റ്റ് തസ്തികയിൽ ജോലി ചെയ്യുന്ന 01/8/2015 മുതൽ 30/09/2018 വരെയുള്ളവരുടെ സീനിയോറിറ്റി പട്ടിക തയ്യാറാക്കുന്നത് - സംബന്ധിച്ച്.

സൂചന:- കുറിപ്പ് നം. ഇ.ഡി4-22950/15/ആ.വ.ഡ തീ: 16/10/2018.

ആരോഗ്യ വകുപ്പിലെ എൽ.ഡി. ടൈപ്പിസ്റ്റുമാരുടെ 1.11.2011 മുതൽ 31.7.2015 വരെയുള്ള സീനിയോറിറ്റി പട്ടിക ഉത്തരവ് നം. ഇ.എസ്.2/60301/2015/ആ.വ.ഡ തീ: 19/12/2015 പ്രകാരം പ്രസിദ്ധീകരിച്ചിട്ടുള്ളതാണ്. 01.08.2015 മുതൽ 30.09.2018 വരെയുള്ള കാലയളവിലെ എൽ.ഡി. ടൈപ്പിസ്റ്റുമാരുടെ സീനിയോറിറ്റി പട്ടിക തയ്യാറാക്കുന്നതിനുവേണ്ടി ഇതോടൊപ്പം ഉള്ളടക്കം ചെയ്യുന്ന പ്രഫോർമയിൽ വിവരങ്ങൾ രേഖപ്പെടുത്തി നിയമനം സംബന്ധിച്ച ഉത്തരവുകളുടെയും യോഗ്യത തെളിയിക്കുന്ന സർട്ടിഫിക്കറ്റുകളുടെയും പകർപ്പുകൾ സഹിതം 15/11/2018 ന് മുൻപായി ആരോഗ്യവകുപ്പ് ഡയറക്ടറേറ്റിൽ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

സ്ഥാപന മേധാവി ബന്ധപ്പെട്ട പ്രഫോർമയും രേഖകളുടെ പകർപ്പും സേവന പുസ്തകവുമായി ഒത്തുനോക്കി ശരിയാണെന്നുറപ്പുവരുത്തി ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർക്ക് സമർപ്പിക്കേണ്ടതും. ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ രേഖകൾ വിശദമായി പരിശോധിച്ച് എന്തെങ്കിലും തെറ്റുകൾ ശ്രദ്ധയിൽപ്പെടുന്നപക്ഷം ആയത് തിരുത്തി 15.11.2018-നകം ആരോഗ്യവകുപ്പ് ഡയറക്ടർക്ക് ലഭ്യമാക്കേണ്ടതാണ്.

പ്രഫോർമ നിശ്ചിത സമയപരിധിക്കുള്ളിൽ തന്നെ എത്തിച്ച് തരുന്നതിൽ പ്രത്യേകം ശ്രദ്ധിക്കേണ്ടതാണ്.

ആരോഗ്യ വകുപ്പ് ഡയറക്ടർക്കു വേണ്ടി


ഉള്ളടക്കം:- പ്രൊഫോർമ (1)
പ്രൊഫോർമ (2)

സ്വീകർത്താവ്:-
1) എല്ലാ ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർക്കും.
2) സുപ്രണ്ട് ഇ.ഡി. സെക്ഷൻ ഡി.എച്ച്.എസ്.

NB:-

1) പ്രൊഫോർമ (1) വ്യക്തികൾ കൃത്യതയോടെ പൂരിപ്പിച്ച് അഡ്വൈസ് മെമോ, അപ്പോയ് മെൻ്റ് ഓർഡർ, പ്രബേഷൻ ഓർഡർ എന്നിവയുടെ പകർപ്പ് സഹിതം ഓഫീസ് മേധാവിക്ക് സമർപ്പിക്കേണ്ടതും. ഓഫീസ് മേധാവി വിവരങ്ങൾ പരിശോധിച്ച് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർക്ക് നൽകേണ്ടതുമാണ് ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർ ആവശ്യമായ പരിശോധന

നടത്തി സമയപരിധിക്കുള്ളിൽ ആരോഗ്യ വകുപ്പ് ഡയറക്ടർക്ക് അയച്ച് തരേണ്ടതുമാണ്.

- 2) പ്രൊഫോർമ (2) - ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ ഇ-മെയിൽ ചേർത്തിട്ടുള്ള എക്സൽഷീറ്റ് ടെംപ്ലേറ്റ് ഡൗൺലോഡ് ചെയ്ത് അതാത് കോളങ്ങൾ കൃത്യതയോടെ പൂരിപ്പിച്ച് സമയപരിധിക്കുള്ളിൽ തിരികെ ഇ-മെയിൽ ചെയ്യേണ്ടതാണ് ആയതിന്റെ പകർപ്പും പ്രൊഫോർമയും അനുബന്ധ രേഖകളും അയച്ച് തരേണ്ടതുമാണ്.

**PROFORMA FOR PREPARATION OF SENIORITY LIST OF LD TYPISTS FOR THE
PERIOD FROM 01.08.2015 TO 30.09.2018**

| | | |
|------|--|--|
| I. | General Details | |
| a) | Name (in capital) | |
| b) | PEN No. | |
| c) | Designation | |
| d) | Present Station | |
| e) | Date of Birth | |
| f) | Educational Qualification | |
| II. | If Appointment through PSC | |
| a) | PSC Advice No., date and name of District (If more than one PSC appointment, the last PSC Advice No. & date should be noted) | |
| b) | Appointment Order No. and date (Copy of order should be attached) | |
| III. | If appointment through compassionate ground | |
| a) | Government Order No. & Date | |
| b) | Order No. & date of DHS (Copy of order should be attached) | |
| c) | DMO's appointment order No. & date (Copy of order should be attached) | |
| d) | Opted district | |
| e) | District to which allotted at first | |
| f) | Whether secured transfer to the opted district | |
| IV. | If appointment through Employment Exchange | |
| a) | Whether Handicapped/SC/ST/any other ground | |
| b) | Government order No. & date | |
| c) | Order No. & date of appointing authority | |
| V. | If appointment through Inter Department Transfer | |
| a) | Government Order No. & Date | |
| b) | Order No. & date of appointing authority | |
| c) | Date of joining in the Health Services Department | |
| VI. | Other Service details | |
| a) | Date of joining in the entry cadre | |
| b) | Whether availed extension of joining time, If so | |
| | i) Period | |
| | ii) Date of joining duty | |
| c) | Details of Declaration of probation (Order No, date and date of effect of probation) (Copy should be attached) | |

| | | |
|--|--|--|
| d) | Whether availed Inter District Transfer, If so | |
| | i) Order No. & Date of DHS | |
| | ii) District to which transferred | |
| | iii) Date of joining in the new district | |
| [Note:- If an incumbent appointed through dying in harness scheme and posted to other district for want of vacancy in his opted district and subsequently returned to his opted district will not be treated as IDT] | | |
| e) | Whether availed LWA, if so | |
| | i) Period of LWA (from to) | |
| | ii) Sanction Order No. & date | |
| | iii) Date of rejoining after LWA | |
| f) | Details of promotion, if any | |
| | i) Order No. & Date of promotion | |
| | ii) Date of joining | |

Signature of the incumbent

Certified that the service particulars furnished above have been verified with respective service register and relevant records and found correct.

Signature of head of institution

Certified that the service particulars furnished above have been verified with respective service register and relevant records and found correct.

**Name & Signature of Section Clerk,
office of the DMO (H)**

**Name & Signature of
Administrative Assistant
DMO office**

office seal

