



ആരോഗ്യ വകുപ്പ് ഡയറക്ടറുടെ കാര്യാലയം
വഞ്ചിയൂർ.പി.ഒ, തിരുവനന്തപുരം. പിൻ: 695035

ഫോൺ: 0471-2302490, ഫാക്സ്: 0471-2303025 / 20303080
ഇ-മെയിൽ: dhskerala.hlth@kerala.gov.in വെബ്സൈറ്റ്: www.dhs.kerala.gov.in

ഇ.ജി.2 - 40/2016 ആ.വ.ഡ.

തീയതി. 16 .03.2021

പരിപത്രം

വിഷയം :- -ആ.വ.ഡ. - ജീവനക്കാര്യം - ജൂനിയർ ഹെൽത്ത് ഇൻസ്പെക്ടർ ഗ്രേഡ് 2 തസ്തികയിൽ നിന്നും ഗ്രേഡ് 1 തസ്തികയിലേക്കുള്ള സ്ഥാനക്കയറ്റം നൽകുന്നതിലേക്കായി ജീവനക്കാരുടെ വിവരങ്ങൾ ശേഖരിക്കുന്നത് - സംബന്ധിച്ച്.

- സൂചന :- 1) ഉത്തരവ് നം ഇ.എസ് 1- ആ.വ.ഡ തീയതി .27-04-2013
- 2) ഈ ഓഫീസിലെ 20-11-2019 തീയതിലെ ഇതേ നമ്പർ പരിപത്രം.

ജൂനിയർ ഹെൽത്ത് ഇൻസ്പെക്ടർ ഗ്രേഡ് 1 തസ്തികയിലേക്കുള്ള സ്ഥാനക്കയറ്റം നൽകുന്നതിനായി സൂചന പ്രകാരമുള്ള സീനിയോറിറ്റി ലിസ്റ്റിൽ നിന്നും (01-04-2000 മുതൽ 30-10-2007 വരെ) സീനിയോറിറ്റി നമ്പർ 1700 മുതൽ 1907 വരെയുള്ള ജൂനിയർ ഹെൽത്ത് ഇൻസ്പെക്ടർ ഗ്രേഡ് 2 ജീവനക്കാരുടെ സേവന വിവരങ്ങൾ ഇതോടൊപ്പം തന്നിരിക്കുന്ന നിശ്ചിത മാതൃകയിൽ പൂരിപ്പിച്ച് ഉചിത മാർഗ്ഗേണ അതാതു ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ വഴി 31-03-2021 തീയതിക്ക് മുൻപായി ഈ ഓഫീസിൽ ലഭ്യമാകേണ്ടതാണ്. നിശ്ചിത സമയപരിധിക്കുള്ളിൽ വിവരങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കാത്ത റാങ്ക് നമ്പറിലുള്ള ജീവനക്കാർ നിലവിൽ ജോലി ചെയ്യുന്നില്ല എന്ന നിഗമനത്തിൽ അടുത്ത റാങ്കിലുള്ള ജീവനക്കാർക്ക് മറ്റൊരു അറിയിപ്പ് ഇല്ലാതെ സ്ഥാനക്കയറ്റം നൽകുന്നതാണ്.

(ഒപ്പ്)
ഡോ. സെമീറ .എ

ആരോഗ്യ അഡീഷണൽ വകുപ്പ് ഡയറക്ടർ (എ&റി)

സ്വീകർത്താവ്,

എല്ലാ ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർക്കും/ എല്ലാ സ്ഥാപന മേധാവികൾക്കും /
ബന്ധപ്പെട്ട ജീവനക്കാർക്കും

പകർപ്പ് 1 ആരോഗ്യവകുപ്പ് ഡയറക്ടറേറ്റിലെ ഔദ്യോഗിക വെബ് സൈറ്റ്
2.ഫയൽ

അംഗീകാരത്തോടെ

സീനിയർ സൂപ്രണ്ട്

(Handwritten mark)

Proforma I for provisional promotion to the cadre of Health Inspector - Gr. I
(State wise Cadre)

		Pen No.
		Rank No. in the seniority list of JHI/ Field Asst./Insect Collector period from 01/01/2000 to 31/12/2007
1	Name(Capital Letter)	
2	Designation	
3	Name of Present District & Institution	
4	Date of Birth	
5	Date of Retirement	
6	Date of entry in service	
7	Date of regularization of appointment	
8	Date of declaration of probation	
9	LWA (Long leave) availed or not, if availed the details	
10	If yes, Column No.9 date of rejoining duty after LWA	
11	Inter district transfer availed or not, if yes the details, Order No. and date name of transferred district	
12	If Yes column No.11 Date of joining duty in the New district	
13	Disciplinary action if any pending	
14	If the incumbent is required transfer to native district, name the district (only one) to which transfer is requested for	
15	Office Phone No. with code/mobile No.	
16	Details of MPW Training	
18	Remarks if any	

I, Mr./Smt..... do hereby
declare that the particulars given above are true to the best of my knowledge and
belief.

Place:

Name

Date :

Signature of the Employee

CERTIFICATE BY THE HEAD OF OFFICE

Certified that the above details of the incumbent have been verified with
her/his Service Book, other relevant record and found correct.

Checked by Clerk

Place:

Name

Date :

Signature

CERTIFICATE BY THE DISTRICT MEDICAL OFFICER(HEALTH)

Certified that the above details of the incumbent have been verified with
relevant records and found correct and no disciplinary action is pending against
her/him.

Place:

Date :

Signature of the District Medical Officer(H)

5/12