

സർക്കുലർ

വിഷയം:- ആവഡ - ജീവനക്കാര്യം - ആരോഗ്യവകുപ്പിൽ 01.04.2018 മുതൽ 31.12.2021 വരെ സർവ്വീസിൽ പ്രവേശിച്ച് സേവനമനുഷ്ഠിച്ചുവരുന്ന സൈക്യാട്രിക് സോഷ്യൽ വർക്കർമാരുടെ സീനിയോറിറ്റി പട്ടിക തയ്യാറാക്കുന്നതിനുവേണ്ടി വിശദാംശങ്ങൾ ആവശ്യപ്പെടുന്നത് - സംബന്ധിച്ച്.

സൂചന:- ഉത്തരവ് നം.ഇഎസ്2-29419/2018/~~2018~~/ആവഡ തീയതി.11/09/2018

\*\*\*\*\*

ആരോഗ്യവകുപ്പിൽ നിലവിലുള്ള സൈക്യാട്രിക് സോഷ്യൽ വർക്കർമാരുടെ മാരുടെ സീനിയോറിറ്റി പട്ടിക തയ്യാറാക്കുന്നതിനായി 01.04.2018 മുതൽ 31.12.2021 വരെ സർവ്വീസിൽ പ്രവേശിച്ച് സേവനമനുഷ്ഠിച്ചുവരുന്ന സൈക്യാട്രിക് സോഷ്യൽ വർക്കർമാർ ഇതോടൊപ്പം ഉള്ളടക്കം ചെയ്തിരിക്കുന്ന പ്രോഫോർമയിൽ വിശദവിവരങ്ങൾ രേഖപ്പെടുത്തി ഉചിതമാർഗ്ഗേണ 10/03/2021 നു മുമ്പായി ഈ കാര്യാലയത്തിൽ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

പ്രോഫോർമയോടൊപ്പം പി.എസ്.സി ശുപാർശയുടെ പകർപ്പ്, നിയമന ഉത്തരവിന്റെ പകർപ്പ്, എന്നിവ ഉള്ളടക്കം ചെയ്യേണ്ടതാണ്.

ആരോഗ്യവകുപ്പ് ഡയറക്ടർക്കുവേണ്ടി

സീക്രട്ടറി

1. എല്ലാ ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർക്കും (ഇ-മെയിൽ മുഖേന.)  
(ഈ സർക്കുലറിന്റെ പകർപ്പ് ബന്ധപ്പെട്ട കീഴ് സ്ഥാപനങ്ങളിലേയ്ക്ക് നൽകേണ്ടതും 01.04.2018 മുതൽ 31.12.2021 വരെ സർവ്വീസിൽ പ്രവേശിച്ച് സേവനമനുഷ്ഠിച്ചുവരുന്ന എല്ലാ സൈക്യാട്രിക് സോഷ്യൽ വർക്കർമാരും പ്രോഫോർമ സമർപ്പിച്ചിട്ടുണ്ടോ എന്നുള്ളത് ഉറപ്പുവരുത്തേണ്ടതുമാണ്)
2. ആരോഗ്യവകുപ്പ് ഡയറക്ടറുടെ വെബ് സൈറ്റ്
3. സൂപ്രണ്ട് , ഇ എഫ് സെക്ഷൻ
4. സി.എ , അഡീഷണൽ ഡയറക്ടർ( മെഡിക്കൽ)

പിആർ/

**Proforma for preparation of Seniority List of Psychiatric Social Worker who had entered in service in Health Services Department from 01.04.2018 to 31.12.2021**

**I General Details**

- a. Name (In Capital) :
- Male/Female
- b. PEN Number :
- c. Designation :
- d. Present Station with District :
- e. Date of Birth :
- f. Qualification (General and Technical) :

**II. Appointment details :-**

- a. Designation in the entry cadre :
- b. PSC Advice No & Date :

(If more than one PSC appointment, the last PSC Advice No & Date should be noted, copy of advice should be attached)

- b. District
- c. Appointment Order No. and Date. :  
(Copy of order should be attached)

**III. 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 :  
(Attach copy of order)
- c. whether probation declared, if so :
- i. Order No with date & Date of effect of probation :  
(copy of order should be attached)

**IV. Whether availed Inter District Transfer, If so**

**a. Order No & Date** :

**b. District which transfer** :

**c. Date of joining in the new district** :

**V. Details of LWA if any :-**

**a) Period of LWA** :

**b) Sanction Order No. and Date** :

**c) Purpose**

**d) Date of rejoining after LWA** :

**VI. Departmental Trainings if any** :

**(attach copy of certificates)**

**VII. Mobile No of the incumbent** :

**VIII. Phone No of the Present Institution** :

**IX. Any other relevant information** :

**Date:**

**Signature of the incumbent**

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

**Signature of Head of Institution**

**Counter Signature of DMO (H)**