

**ഭരണഭാഷ-മാതൃഭാഷ**

നം. ഇ.ഡി.1/3/2015/ആ.വ.ഡ.

ആരോഗ്യവകുപ്പുഡയറക്ടറുടെ കാര്യാലയം,  
തിരുവനന്തപുരം, തീയതി: 03.11.2016

**പരിപത്രം**

വിഷയം:- ആ.വ.ഡ. - ജീവനക്കാരുടെ - ക്ലാർക്ക് തസ്തികയിൽ നിന്നും സീനിയർ ക്ലാർക്ക് തസ്തികയിലേയ്ക്ക് 1:1 റേഷ്യോ അനുപാതത്തിൽ പ്രൊവിഷണൽ പ്രൊമോഷൻ നൽകുന്നതിന് ജീവനക്കാരുടെ സേവന വിവരങ്ങൾ ശേഖരിക്കുന്നത് - സംബന്ധിച്ച്.

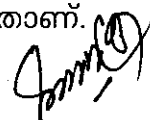
സൂചന:- 1. ഉത്തരവ് നം.ഇ.ഡി.1/3/2014/ആ.വ.ഡ., തീയതി, 17.01/2015.

\* \* \* \* \*

സൂചനയിലേയ്ക്ക് താങ്കളുടെ ശ്രദ്ധ സദയം ക്ഷണിക്കുന്നു. സർക്കാർ ഉത്തരവിന് വിധേയമായി ഡിപ്പാർട്ട്മെന്റിലെ ക്ലാർക്ക്/സീനിയർ ക്ലാർക്ക് തസ്തികയിലെ അനുപാതം 1:1 പ്രകാരം ക്രമീകരിക്കുന്ന നടപടി ആരംഭിച്ചിരിക്കുകയാണ്. ആയത് അന്തിമമായി ക്രമീകരിക്കപ്പെടുമ്പോൾ സീനിയർ ക്ലാർക്ക് തസ്തികയിൽ ഉണ്ടാകുന്ന ഒഴിവു, റിട്ടയർമെന്റ്/പ്രമോഷൻ (ഹെഡ് ക്ലാർക്ക് തസ്തികയിലെ) എന്നിവ വഴി ഉണ്ടാകുന്ന ഒഴിവു ചേർത്ത് പ്രമോഷൻ നൽകുന്നതിനായി ജീവനക്കാരുടെ സേവനവിവരങ്ങൾ ശേഖരിക്കാൻ തീരുമാനിച്ചിരിക്കുന്നു. ആയതിന് ചുവടെ ചേർക്കുന്ന മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾക്ക് വിധേയമായി ഇതിൽ ഉള്ളടക്കം ചെയ്തിട്ടുള്ള പ്രൊഫോർമയിൽ ജീവനക്കാരുടെ സേവനവിവരങ്ങൾ ജില്ലാ അധികാരികൾ മുഖേന 15.11.2016ന് മുമ്പ് ആരോഗ്യവകുപ്പുഡയറക്ടർക്ക് നൽകേണ്ടതാണ്.

1. 01.01.2009 മുതൽ 31.12.2013 വരെയുള്ള സീനിയോറിറ്റി ലിസ്റ്റിൽ 91എ റാങ്ക് നമ്പരിലുള്ള ക്ലാർക്ക് തസ്തികയിലെ ജീവനക്കാരനെ സീനിയർ ക്ലാർക്ക് തസ്തികയിൽ പ്രമോഷൻ നൽകി നിയമിച്ചിട്ടുണ്ട്. ലിസ്റ്റിൽ ശേഷിക്കുന്ന 92 മുതൽ 350 വരെയുള്ള ജീവനക്കാരുടെ ലിസ്റ്റ് പരിശോധനയ്ക്ക് പരിഗണിക്കേണ്ടതാണ്.
2. 01.01.2003 മുതൽ 31.12.2008 വരെയുള്ള ക്ലാർക്കുമാരുടെ സീനിയോറിറ്റി പട്ടികയിൽ ടെസ്റ്റ് യോഗ്യത നേടാത്തതു കാരണം ഉദ്യോഗക്കയറ്റം ലഭിക്കാത്തതും എന്നാൽ ഇപ്പോൾ ടെസ്റ്റ് യോഗ്യത നേടിയിട്ടുള്ളതുമായ ജീവനക്കാരും നിർദ്ദിഷ്ട പരിപത്രത്തിൽ വിവരങ്ങൾ നൽകേണ്ടതാണ്.
3. ടി ലിസ്റ്റിൽ ഉൾപ്പെട്ടിട്ടില്ലാത്തതും പിന്നീട് റാങ്ക് നിർണ്ണയിച്ച് ലിസ്റ്റിൽ ഉൾപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ള ജീവനക്കാരും പ്രൊഫോർമ പൂരിപ്പിച്ച് നൽകേണ്ടതാണ്. ടി ജീവനക്കാർ റാങ്ക് നിർണ്ണയിച്ച് ഇ.എസ്.സെക്ഷനിൽ നിന്നും ലഭിച്ചിട്ടുള്ള ഉത്തരവിന്റെ പകർപ്പ് ഉള്ളടക്കം ചെയ്യണം അല്ലാത്ത അപേക്ഷ നിരസിക്കുന്നതാണ്.

4. ക്ലാർക്ക്-ടൈപ്പിസ്റ്റ് തസ്തികയിൽ ജോലിയിൽ പ്രവേശിച്ച് ക്ലാർക്ക് തസ്തികയിൽ ഓപ്ഷൻ നൽകി സീനിയോറിറ്റി ലിസ്റ്റിൽ ഉൾപ്പെട്ട ജീവനക്കാർക്കും, യു.ഡി.ടൈപ്പിസ്റ്റ് തസ്തികയിൽ നിന്നും തസ്തികമാറ്റം ആവശ്യമുള്ള ജീവനക്കാർക്കും അനുബന്ധരേഖകൾ സഹിതം പ്രൊഫോർമ പുരിപ്പിച്ച് നൽകാവുന്നതാണ്.
5. സർവ്വീസിൽ നിന്നും വിരമിച്ച/ ഡി.എം.ഇ./ഫുൾ സേഫ്റ്റി ഓപ്ഷൻ നൽകി ഡിപ്പാർട്ട്മെന്റ് മാറിയ ജീവനക്കാരെയും/ എൽ.ഡബ്ല്യു.എ.യിൽ തുടരുന്ന ജീവനക്കാരെയും മറ്റ് എന്തെങ്കിലും കാരണങ്ങളാൽ ഡിപ്പാർട്ട്മെന്റിൽ ഇല്ലാത്ത ജീവനക്കാരെയും പ്രമോഷൻ ലിസ്റ്റിൽ നിന്നും ഒഴിവാക്കുന്നതാണ്.
6. ടി പ്രൊഫോർമ ജീവനക്കാർ പുരിപ്പിച്ച് പ്രൊഫോർമയിൽ മാറ്റം വരുത്താതെ സ്ഥാപനമേധാവിക്ക് സമർപ്പിക്കേണ്ടതും സ്ഥാപനമേധാവി സർവ്വീസ് പുസ്തകവുമായി ഒത്ത് നോക്കി സേവനവിവരങ്ങൾ ശരിയാണെന്ന് ഉറപ്പ് വരുത്തി ജില്ലാ അധികാരികൾക്ക് 10.11.2016-ന് 5.00 മണിയ്ക്ക് മുമ്പ് പ്രത്യേക ദൂതൻ മുഖേന നൽകേണ്ടതും, ആയത് മേലൊപ്പ് സഹിതം ജില്ലാ അധികാരികൾ മേൽ പരാമർശിച്ച തീയതിയിൽ ആരോഗ്യവകുപ്പ് ഡയറക്ടർക്ക് നൽകേണ്ടതുമാണ്.
7. ലിസ്റ്റിൽ ഉൾപ്പെട്ട എല്ലാ ജീവനക്കാരും പ്രൊഫോർമ സമർപ്പിച്ചിട്ടുണ്ടോ എന്ന വിവരം സ്ഥാപനമേധാവികളും ജില്ലാ അധികാരികളും പരിശോധിക്കേണ്ടതാണ്. പിന്നീടുള്ള പരാതി പരിഗണിക്കുന്നതല്ല.
8. ലിസ്റ്റിൽ ഉൾപ്പെട്ട ജീവനക്കാരുടെ പ്രൊഫോർമ എല്ലാ പരിശോധനയ്ക്കും ശേഷം വകുപ്പ് തലവന് ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടോ എന്ന വിവരം പ്രമോഷൻ അർഹതയുള്ള ജീവനക്കാർ തന്നെ ഉറപ്പ് വരുത്തണം.
9. ജീവനക്കാരുടെ വിവരങ്ങൾ തെറ്റായി നൽകുന്ന ഉദ്യോഗസ്ഥർക്കെതിരെയും പ്രൊഫോർമ നിർദ്ദിഷ്ടസമയത്തിനുള്ളിൽ സമർപ്പിക്കാത്ത ഉദ്യോഗസ്ഥർക്കെതിരെയും കർശനമായ നടപടി സ്വീകരിക്കുന്നതാണ്.



ഐസക് ഇട്ടി

സീനിയർ അഡ്മിനിസ്ട്രേറ്റീവ് ഓഫീസർ

പകർപ്പ്:

1. എല്ലാ ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർക്കും/സ്ഥാപന മേധാവികൾക്കും.
2. ജീവനക്കാർക്ക് (ആഫീസ് മേധാവി മുഖേന)/ആരോഗ്യവകുപ്പ് ഡയറക്ടറുടെ വെബ്സൈറ്റ്.
3. ഫയൽ/കരുതൽ ഫയൽ.

**Proforma I (A) for provisional promotion to the cadre of Senior Clerk**  
**(State wise Cadre)**

**Ref No.ED1/3/2015/DHS. Dtd. /07/15**

		Pen No.	
		Rank No. in the seniority list of clerk for the period from 01/01/2009 to 31/12/2013	
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	Departmental Test passed	Month/year	
10	MOP		
11	Account Test Lower/Higher	(L)                      (H)	
		(Attested copy must be attached)	
	LWA (Long leave) availed or not, if availed the details	From                      To	
		From                      To	
		G.O.(Rt)No.	
		G.O.(Rt)No.	
12	If yes Column No.11 date of rejoining duty after LWA		
13	Inter district transfer availed or not, if yes the details, Order No. and date name of transferred district		
14	If Yes column No.13 Date of joining duty in the New district		
15	Disciplinary action if any pending with details		
16	Office Phone No. with code/incumbents mobile No.		
17	Remarks if any		

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

belief. I hereby agree that, I am aware of the fact that the post of Clerk and Senior Clerk are interchangeable and the nature of work are similar. I also admit that senior clerk post is the next regular promotion post of Clerk. I have also understood that Government have issued order for strict maintenance of 1:1 ratio between Clerk and Senior clerk and the posts have been earmarked State/District wise by Head of the Department, I hereby declare that I will not refuse/relinquish my regular promotion to the post of Senior Clerk (State wise) when it is due and I am ready to work in any of the institution across the state as per posting orders issued by the Director of Health Services. I am aware of the Part II KS&SSRs 31 (a)(i), 32 (a) (b) and other relevant rules for promotion and orders issued by court/ Govt. and abide the conditions specified.

Place:

Date :

Employee

Name & Signature of the

**CERTIFICATE BY THE HEAD OF OFFICER**

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:

Date :

Signature of the Head of Office.

**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)