



DIRECTORATE OF HEALTH SERVICES

Vanchiyoor.P.O. Thiruvananthapuram. Pin - 695035

Ph:0471-2302490 Fax:0471-2303025/2303080

Email: dhskerala@gmail.com

Website: www.dhs.kerala.gov.in

ഇ.ജി.2- 40/16/ആ.വ.ഡ.

ആരോഗ്യവകുപ്പ് ഡയറക്ടറുടെ കാര്യാലയം,
തിരുവനന്തപുരം തീയതി. 12/04/2018

പരിപത്രം

വിഷയം: ആരോഗ്യവകുപ്പ് - ജൂനിയർ ഹെൽത്ത് ഇൻസ്പെക്ടർ ഗ്രേഡ് 2 തസ്തികയിൽ നിന്നും ജൂനിയർ ഹെൽത്ത് ഇൻസ്പെക്ടർ ഗ്രേഡ് 1, തസ്തികയിലേക്ക് സ്ഥാനകയറ്റം നൽകുന്നതിലേക്കായി ജീവനക്കാരുടെ വിവരങ്ങൾ ശേഖരിക്കുന്നത് - സംബന്ധിച്ച്

സൂചന: 1. ഉത്തരവ് നം. ഇ.എസ്.1-20074/2010/ആ.വ.ഡ. തീയതി. 27.04.2013.

സൂചന പ്രകാരമുള്ള സീനിയോറിറ്റി ലിസ്റ്റിൽ (1.04.2000 മുതൽ 30.10.2007 വരെ) നിന്നും 832 വരെയുള്ള ജൂനിയർ ഹെൽത്ത് ഇൻസ്പെക്ടർ ഗ്രേഡ് 2 തസ്തികയിലെ ജീവനക്കാർക്ക് ഗ്രേഡ് -1 തസ്തികയിലേക്ക് സ്ഥാനകയറ്റം നൽകിയിരുന്നു. ഇതിന്റെ തുടർച്ചയായ പ്രൊമോഷൻ നടപടികളുടെ ഭാഗമായി സീനിയോറിറ്റി നമ്പർ 833 മുതൽ 1050 വരെയുള്ള ജീവനക്കാർ അവരുടെ വിവരങ്ങൾ ഇതോടൊപ്പം തന്നിരിക്കുന്ന നിശ്ചിതമാതൃകയിൽ പൂരിപ്പിച്ച് ഉചിതമാർഗ്ഗേണ അതതു ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ വഴി ഈ ഓഫീസിൽ 10 ദിവസത്തിനുള്ളിൽ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

ഒപ്പ്


ഡോ. സെമീറ എ

ആരോഗ്യ വകുപ്പ് അഡീഷണൽ ഡയറക്ടർ (എ&റ്റി)

സ്വീകർത്താക്കൾ - 14 ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർക്കും/ എല്ലാ സ്ഥാപന മേധാവികൾക്കും/ ജീവനക്കാർക്കും

- പകർപ്പ് 1. ആരോഗ്യ വകുപ്പ് ഡയറക്ടറേറ്റിലെ ഔദ്യോഗിക വെബ് സൈറ്റ്.
- 2. ഫയൽ

//ഉത്തരവിൻ പ്രകാരം//


 സുപ്രണ്ട്
സിബി ജായു
 സീനിയർ സുപ്രണ്ട്
 ആരോഗ്യ വകുപ്പ് ഡയറക്ടറുടെ
 കാര്യാലയം, തിരുവനന്തപുരം

Senior

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

		Pen No.	
		Rank No. in the seniority list of JHI/ Field Asst./Insect Collector period from 01/01/2000 to 31/10/2007	
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, Sri./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)