

നം.ഇ. ഇ2/38607/2010/ആ.വ.ഡ

ആരോഗ്യ വകുപ്പ് ഡയറക്ടറുടെ കാര്യാലയം,  
തിരുവനന്തപുരം, തീയതി : 01/12/2018.

പ്രേഷകൻ

ആരോഗ്യ വകുപ്പ് ഡയറക്ടർ

സ്വീകർത്താവ്

ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ (ആരോഗ്യം)  
തിരുവനന്തപുരം, കൊല്ലം, പത്തനംതിട്ട, ആലപ്പുഴ, കോട്ടയം, ഇടുക്കി,  
എറണാകുളം, തൃശ്ശൂർ, പാലക്കാട്, മലപ്പുറം, കോഴിക്കോട്, വയനാട്, കണ്ണൂർ,  
കാസർകോഡ്

സർ,

വിഷയം:- ആ.വ.ഡ- നഴ്സിംഗ് ട്രൂട്ടർ തസ്തികയിലേക്ക് തസ്തിക മാറ്റം  
മുഖേന നിയമനത്തിന് യോഗ്യരായ ഹെഡ് നഴ്സ്/സ്റ്റാഫ് നഴ്സ്  
തസ്തികയിലുള്ള ജീവനക്കാരുടെ പേര് മുൻഗണനാ പട്ടികയിൽ  
ഉൾപ്പെടുത്തുന്നത് -സംബന്ധിച്ച്.

സൂചന:-

1. സർക്കാർ ഉത്തരവ് നമ്പർ(പി)118/2010/ആ.കു.വ, തീയതി. 18/03/2010
2. ഇ.ഇ2-38607/2010/ആ.വ.ഡ, തീയതി. 22/01/2016
3. ഇ.ഇ2-38607/2010/ആ.വ.ഡ, തീയതി. 24/11/2018

\*\*\*\*\*

സൂചന 3 പ്രകാരം പ്രസിദ്ധപ്പെടുത്തിയ സർക്കുലറിൽ താഴെപറയുന്ന മാറ്റങ്ങൾ  
വരുത്തി പ്രസിദ്ധപ്പെടുത്തുന്നു. ഇ.ഇ2-38607/2010/ആ.വ.ഡ, തീയതി. 22/01/2016 പ്രകാരം  
പ്രസിദ്ധപ്പെടുത്തിയ നഴ്സിംഗ് ട്രൂട്ടർ നിയമനത്തിനുള്ള മുൻഗണനാ പട്ടികയിൽ  
ഉൾപ്പെടാത്ത യോഗ്യരായ ഹെഡ് നഴ്സ്, സ്റ്റാഫ് നഴ്സ് ഗ്രേഡ് -1, സ്റ്റാഫ് നഴ്സ്  
ഗ്രേഡ്-2 ജീവനക്കാർ ഇതോടൊപ്പം ഉള്ളടക്കം ചെയ്തിരിക്കുന്ന പരിപത്രത്തിൽ  
30/12/2018 ന് മുമ്പായി വിവരങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കുവാൻ താൽപര്യപ്പെടുന്നു. മേൽ സൂചന 2  
പ്രകാരം പ്രസിദ്ധപ്പെടുത്തിയ മുൻഗണനാപട്ടികയിൽ ഉൾപ്പെട്ട ജീവനക്കാർ വിവരങ്ങൾ  
നൽകേണ്ടതില്ലെന്നും ഇതിനാൽ അറിയിച്ചുകൊള്ളുന്നു.

വിദ്യസ്തതയോടെ

ആരോഗ്യ വകുപ്പ് ഡയറക്ടർക്ക് വേണ്ടി

01/12

**PROFORMA FOR PREPARATION OF SELECT LIST OF NURSING  
TUTOR FROM QUALIFIED HEAD NURSE/STAFF NURSE**

	General Details	
	a. Name (in capital)	
	b. PEN No.	
	c. Designation	
	d. Present Station	
I	e. Date of birth	
	f. Educational Qualification i) General ii) Technical (Date of Qualifying Msc Nursing or Bsc Nursing or DNEA [copy should attached]) iii) Registration number of Kerala Nurses and Midwife Council	
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. and date should be noted)	
	b. Appointment Order No. and date	
III	If appointment through compassionate ground	
	a. Government Order No. and Date	
	b. Order No. & Date of DHS	

	<b>c. DMO's APPOINTMENT order no. &amp; date</b>	
	<b>d. Opted district</b>	
	<b>e. District to which allotted at first</b>	
	<b>f. Whether secured transfer to the opted district</b>	
IV	<b>If appointment through Employment Exchange</b>	
	<b>a. Whether Handicapped/SC/ST/any other ground</b>	
	<b>b. Govt. Order No. and date</b>	
	<b>c. Order No &amp; date of appointing authority</b>	
V	<b>If appointment through Inter Department Transfer</b>	
	<b>a. Government order No. &amp; date</b>	
	<b>b. Order No &amp; date of appointing authority</b>	
	<b>c. Date of joining in the Health Services Department</b>	
VI	<b>Other service details</b>	
	<b>a. Date of joining in the entry cadre</b>	
	<b>b. Whether availed extension of joining time, if so</b>	

	<p>i) Period</p> <p>ii) Date of joining duty</p> <p>c. Details of Declaration of probation (Order No. date and date of effect of probation)</p>	
	<p>d. Whether availed Inter District Transfer if so</p> <p>i) Order No &amp; date of DHS</p> <p>ii) District to which transferred</p> <p>iii) Date of joining in the new district</p>	
	<p>e. Whether availed LWA</p> <p>i) Period of LWA (from ..... to .....)</p> <p>ii) Sanction Order No &amp; date</p> <p>iii) Date of joining after LWA</p>	
	<p>f. Details of promotion if any</p> <p>i) Order No &amp; Date of promotion</p> <p>ii) Date of joining</p>	
VI	<p>Whether included any of the Seniority list (If yes . Rank No[</p> <p>i) Staff Nurse Gr. II</p> <p>ii) Staff Nurse Gr. I</p> <p>iii) Head Nurse</p>	
VII	<p>Remark if any</p>	

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 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)