

ആരോഗ്യവകുപ്പ് ഡയറക്ടറുടെ കാര്യാലയം,  
തിരുവനന്തപുരം, തീയതി : 6.2.2019.

**പരിപത്രം**

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

- സൂചന:-1) ഉത്തരവ് നം.ഇ.എസ്/20074/18/ആ.വ.ഡ തീയതി 27.4.2013.
- 2) ഈ ആഫീസിൽ നിന്നുള്ള ഇതേ നമ്പർ കത്ത് തീയതി 14.1.2018.

\*\*\*\*\*

ജൂനിയർ ഹെൽത്ത് ഇൻസ്പെക്ടർ ഗ്രേഡ്.1 ആയി സ്ഥാനക്കയറ്റം നൽകുന്നതിനായി സൂചന പ്രകാരമുള്ള സീനിയോറിറ്റി ലിസ്റ്റിൽ ( 01.04.2000 മുതൽ 30.10.2007 വരെ) സീനിയോറിറ്റി നമ്പർ 1151 മുതൽ 1350 വരെയുള്ള ജൂനിയർ ഹെൽത്ത് ഇൻസ്പെക്ടർ ഗ്രേഡ്.2-ന്റെ സേവന വിവരങ്ങൾ ഇതോടൊപ്പം തന്നിരിക്കുന്ന നിശ്ചിത മാതൃകയിൽ പൂരിപ്പിച്ച് ഉചിതമാർഗ്ഗേണ അതാതു ജില്ലാ റെഡിക്കൽ ആഫീസർവഴി 23.2.2019 5 മണിയ്ക്ക് മുൻപായി ഈ ആഫീസിൽ ലഭ്യമാക്കേണ്ടതാണ്. നിശ്ചിത സമയത്തിനുള്ളിൽ വിവരങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കാത്ത റാങ്ക് നമ്പരിലുള്ള ജീവനക്കാർ നിലവിൽ ജോലിചെയ്യുന്നില്ല എന്ന . നിഗമനത്തിൽ, അടുത്ത റാങ്കിലുള്ള ജീവനക്കന്മാർ സ്ഥാനക്കയറ്റം നൽകുന്നതിന് ടി നടപടിയിൽ ഭാവിയിൽ നിയമനടപടികൾ നേരിടേണ്ടിവന്നാൽ അതാത് സ്ഥാപനമേധാവി/ ജില്ലാ റെഡിക്കൽ ആഫീസർ മാത്രമായിരിക്കും ഉത്തരവാദി.

ഒപ്പ്/-

ഡോ.സെമീറ.എ.

അഡീഷണൽ ഡയറക്ടർ(എഡ്റ്റി)

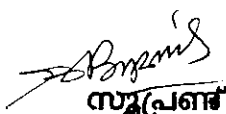
സ്വീകർത്താവ്

എല്ലാ ജില്ലാ റെഡിക്കൽ ആഫീസർമാർക്കും/എല്ലാ സ്ഥാപന മേധാവികൾക്കും/ ജീവനക്കാർക്കും

പകർപ്പ്:-

- 1. ആരോഗ്യവകുപ്പ് ഡയറക്ടറുടെ ഔദ്യോഗിക വെബ്സൈറ്റ്
- 2.ഫയൽ/കരുതൽ ഫയൽ

// അംഗീകാരത്തോടെ //

  
സൂപ്രണ്ട്

*Senior*

**Proforma I for provisional promotion to the cadre of Health Inspector - A.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, 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)