



ആരോഗ്യവകുപ്പ് ഡയറക്ടറുടെ കാര്യാലയം
 വഞ്ചിയൂർ.പി.ഒ., തിരുവനന്തപുരം. പിൻ - 695035
 ഫോൺ: 0471-2302490 ഫാക്സ്:0471-2303025/20303080
 ഇ-മെയിൽ: dhskerala@gmail.com
 വെബ്സൈറ്റ്: www.dhs.kerala.gov.in

നം.ഇജി2-40/2016/ആ.വ.ഡ

തീയതി : 14/11/2018.

പരിപത്രം

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

- സൂചന:- 1) ഉത്തരവ് നം. ഇ.എസ്- 20074/2010/ആ.വ.ഡ തീയതി.27/04/2013.
 2) ഈ ഓഫീസിൽ നിന്നുള്ള ഇതേ നമ്പർ കത്ത് തീയതി.12/04/2018.

സൂചന പ്രകാരമുള്ള സീനിയോറിറ്റി ലിസ്റ്റിൽ (01/04/2000 മുതൽ 30/10/2007 വരെ) സീനിയോറിറ്റി നമ്പർ 1051 മുതൽ 1150 വരെയുള്ള ജീവനക്കാരുടെ സേവന വിവരങ്ങൾ ഇതോടൊപ്പം തന്നിരിക്കുന്ന നിശ്ചിതമാതൃകയിൽ പൂരിപ്പിച്ച് ഉചിതമാർഗ്ഗേണ അതതു ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ വഴി 25/11/2018 5 മണിയ്ക്ക് മുൻപായി ഈ ഓഫീസിൽ ലഭ്യമാക്കേണ്ടതാണ്. നിശ്ചിത സമയത്തിനുള്ളിൽ വിവരങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കാത്തതിനാൽ ടി ജീവനക്കാർക്ക് പ്രമോഷൻ നൽകാൻ കഴിയാതെവന്നാൽ ആയതിനുള്ള കഷ്ട നഷ്ടങ്ങൾക്ക് അതാത് സ്ഥാപന മേധാവി/ ഡി.എം.ഒ മാത്രമായിരിക്കും ഉത്തരവാദി.

ഒപ്പ്/-
 ഡോ.പാർവ്വതി.എ.പി
 അഡീഷണൽ ഡയറക്ടർ (പി & ഡി) ഇൻ ചാർജ്


സ്വീകർത്താവ്:-

- എല്ലാ ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർക്കും
- എല്ലാ സ്ഥാപന മേധാവികൾക്കും/ ജീവനക്കാർക്കും

പകർപ്പ്:-

1. ആരോഗ്യവകുപ്പ് ഡയറക്ടറേറ്റിലെ ഔദ്യോഗിക വെബ്സൈറ്റ്
2. ഫയൽ/ കരുതൽ ഫയൽ

//അംഗീകാരത്തോടെ//


 സൂപ്രണ്ട്

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 31/12/2007	
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)