

സർക്കുലർ

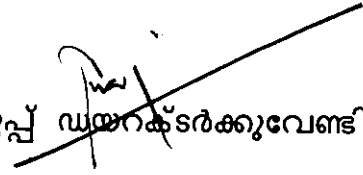
വിഷയം: ആ.വ.ഡ - ആരോഗ്യവകുപ്പിൽ ഡെൻറൽ മെക്കാനിക് തസ്തികയിൽ 1.12.2014 മുതൽ 31.12.2018 വരെയുള്ള ജീവനക്കാരുടെ സീനിയോറിറ്റി പട്ടിക തയ്യാറാക്കുന്നതിനായി വിവരങ്ങൾ ശേഖരിക്കുന്നത് - സംബന്ധിച്ച്.

സൂചന:

സംസ്ഥാന ആരോഗ്യവകുപ്പിൽ ഡെൻറൽ മെക്കാനിക് തസ്തികയിൽ 1.12.2014 മുതൽ 31.12.2018 വരെ ജോലിയിൽ പ്രവേശിച്ച ജീവനക്കാരുടെ സീനിയോറിറ്റി പട്ടിക തയ്യാറാക്കുന്നതിനായി ഇതോടൊപ്പം ഉള്ളടക്കം ചെയ്യുന്ന പ്രഫോർമയിൽ കൃത്യമായ വിവരങ്ങൾ രേഖപ്പെടുത്തി നിയമനം സംബന്ധിച്ച ഉത്തരവുകളുടെയും യോഗ്യത തെളിയുക്കുന്ന സർട്ടിഫിക്കറ്റുകളുടെയും പകർപ്പുകൾ സഹിതം 10/01/2019ന് മുൻപായി ആരോഗ്യ വകുപ്പ് ഡയറക്ടറേറ്റിൽ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

സ്ഥാപന മേധാവി ബന്ധപ്പെട്ട പ്രഫോർമയും രേഖകളുടെ പകർപ്പുകളും സേവനപുസ്തകവുമായി ഒത്തുനോക്കി ശരിയാണെന്നുറപ്പ് വരുത്തി ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർക്ക് സമർപ്പിക്കേണ്ടതും ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർ രേഖകൾ വിശദമായി പരിശോധിച്ച് എന്തെങ്കിലും തെറ്റുകൾ ശ്രദ്ധയിൽപ്പെടുന്നപക്ഷം ആയത് തിരുത്തി 10/01/2019ന് മുൻപായി ആരോഗ്യവകുപ്പ് ഡയറക്ടർക്ക് ലഭ്യമാക്കേണ്ടതാണ്.

പ്രഫോർമ നിശ്ചിത സമയപരിധിക്കുള്ളിൽത്തന്നെ എത്തിച്ചുതരുന്നതിന് പ്രത്യേകം ശ്രദ്ധിക്കേണ്ടതാണ്.

ആരോഗ്യവകുപ്പ് ഡയറക്ടർക്കുവേണ്ടി,


ഉള്ളടക്കം - പ്രഫോർമ

എല്ലാ ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർക്കും

PROFORMA

Proforma for preparation of Seniority List of DENTAL MECHANIC
(The circular attached with this proforma should be read before filling up the same)
1/12/2014 to 31/12/2018

I General Details

- a) Name (In Capital) :
- b) PEN No :
- c) Designation :
- d) Present Station :
- e) Date of Birth :
- f) Educational Qualification
- General :
- Technical :

II. Details of Appointment :

- b) PSC Advice No and Date
- b) Appointment Order No and Date
(Copy of order should be attached) :

III. Service Details

- (c) Date of entry in service
- (d) Whether availed extension of joining time.
- If so
- (4) Order No & Date
- (5) Period
- (6) Date of joining duty
- (c) Details of declaration of probation :
(Order No., Date of effect etc, Copy should be attached)
- d) Whether availed LWA, if so
- i) Period of LWA (from to) :

ii) Sanction Order No. and Date :

iii) Date of rejoining after LWA :

V) . Any other relevant information :

VI) Mobile Number :

Signature of the incumbent

Certified that the service particulars furnished above have been verified with respective service register and relevant records and found correct.

Signature of Head of Institution

Certified that the service particulars furnished above have been verified with respective service register and relevant records and found correct.

Signature of District Medical Officer

(Office Seal)