

പരിപത്രം

വിഷയം - ആ.വ.ഡ- ഇടനിയർ ഹെൽത്ത് ഇൻസ്പെക്ടർ ഗ്രേഡ് 2 -
തസ്തികയിൽ നിന്നും ജെ.എച്ച്.ഐ ഗ്രേഡ് -1 തസ്തികയിലേയ്ക്ക്
സ്ഥാനകയറ്റം നൽകുന്നതിലേക്കായി ജീവനക്കാരുടെ വിവരങ്ങൾ
ശേഖരിക്കുന്നത് -സംബന്ധിച്ച്.

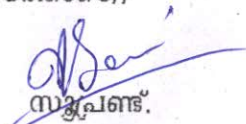
- സൂചന -1) ഉത്തരവ് നം.ഇ.എസ് 1/20074/18/ആവധ തീയതി 27.4.2013
- 2) ഈ ആഫീസിൽ നിന്നുള്ള ഇതേ നമ്പർ കത്ത് തീയതി 6/2/2019

ഇടനിയർ ഹെൽത്ത് ഇൻസ്പെക്ടർ ഗ്രേഡ് 1 ആയി സ്ഥാനകയറ്റം നൽകുന്നതിനായി സൂചന പ്രകാരമുള്ള സീനിയോറിറ്റി ലിസ്റ്റിൽ (01.4.2000 മുതൽ 30.10.2007 വരെ) സീനിയോറിറ്റി നമ്പർ 1351 മുതൽ 1500 വരെയുള്ള ഇടനിയർ ഹെൽത്ത് ഇൻസ്പെക്ടർ ഗ്രേഡ് 2 ന്റെ സേവന വിവരങ്ങൾ ഇതോടൊപ്പം തന്നിരിക്കുന്ന നിശ്ചിത മാതൃകയിൽ പൂരിപ്പിച്ച് ഉചിതമാർഗ്ഗേണ അതാതു ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ വഴി 10.08.2019, 5 മണിക്ക് മുൻപായി ഈ ഓഫീസിൽ ലഭ്യമാക്കേണ്ടതാണ്. നിശ്ചിത സമയത്തിനുള്ളിൽ വിവരങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കാത്ത റാങ്ക് നമ്പരിലുള്ള ജീവനക്കാരൻ നിലവിൽ ജോലി ചെയ്യുന്നില്ല എന്ന നിഗമനത്തിൽ അടുത്ത റാങ്കിലുള്ള ജീവനക്കാരന് മറ്റൊരു അറിയിപ്പ് ഇല്ലാതെ സ്ഥാനകയറ്റം നൽകുന്നതാണ്. ടി നടപടിയിൽ ഭാവിയിൽ നിയമനടപടികൾ നേരിടേണ്ടിവന്നാൽ അതാത് സ്ഥാപനമേധാവി/ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ മാത്രമായിരിക്കും ഉത്തരവാദി.

ഒപ്പ്,
ഡോ. സമീറ.എ.
അഡീഷണൽ ഡയറക്ടർ (ഏറ്റെടു)

സ്വീകർത്താവ്
എല്ലാ ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർക്കും/എല്ലാ സ്ഥാപനമേധാവികൾക്കും/
ജീവനക്കാർക്കും.

- പകർപ്പ്
- 1) ആരോഗ്യവകുപ്പ് ഡയറക്ടറുടെ ഔദ്യോഗിക വൈബ് സൈറ്റ്
- 2) ഫയൽ/കരുതൽ ഫയൽ.

//അംഗീകാരത്തോടെ//

സൂചിപ്പണം.

എസ്.വി

Senior

Proforma I for provisional promotion to the cadre of Health Inspector - Gr. 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)

Sr/w