



**ആരോഗ്യവകുപ്പ് ഡയറക്ടറുടെ കാര്യാലയം**  
**വഞ്ചിയൂർ.പി.ഒ, തിരുവനന്തപുരം, പിൻ -695035**  
**ഫോൺ: 04712302490 ഫാക്സ്:04712303025/20303080**  
**ഇ-മെയിൽ : dhskerala.hlth@kerala.gov.in**  
**വെബ്സൈറ്റ്: www.dhs.kerala.gov.in**

**സർക്കുലർ**

നം.ഇ എസ് -7/4518 / 2023

തീയതി: 08-09-2023

ആ .വ .സൂപ്പർ സ്പെഷ്യലിറ്റി കേഡർ -വിവിധ സ്പെഷ്യലിറ്റികളിൽ  
**വിഷയം:** 31 .12 .2022 വരെ സൂപ്പർ സ്പെഷ്യലിറ്റി യോഗ്യത നേടിയ  
 മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാരിൽ നിന്ന് ഓപ്ഷൻ ക്ഷണിക്കുന്നത്  
 സംബ :-

1 .ജി ഓ (പി)നം .69 / 2010 /എച് & എഫ് ഡബ്ലിയു ഡി  
 തീയതി .17 .02 .2010 .

2 .ഉത്തരവ് നം .ഇ എസ് -7 / 48560 / 2018/ ആ .വ .ഡ  
 തീയതി .11 .07 .2018 .

പരാമർശം: 3 .ജി ഓ (പി)നം .48 / 2022/ എച് & എഫ് ഡബ്ലിയു ഡി  
 തീയതി .24 .08 .2022 .

4 .ഇ എ 1 / 25 / 2023 /ആ .വ .ഡ തീയതി .04 .01 .2023 .

5 .എ 2 / 220 / 2022 /എച് & എഫ് ഡബ്ലിയു ഡി തീയതി .19  
 .05 .2023 .

വിവിധ സ്പെഷ്യലിറ്റികളിൽ 31 .12 .2022 വരെ സൂപ്പർ സ്പെഷ്യലിറ്റി പി ജി  
 യോഗ്യത നേടിയ സ്പെഷ്യലിറ്റി /അഡ്മിനിസ്ട്രേറ്റീവ് / ജനറൽ കേഡർ -ന്  
 കീഴിൽ സേവനം അനുഷ്ഠിക്കുന്ന മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാരിൽ നിന്ന് സൂപ്പർ  
 സ്പെഷ്യലിറ്റി കേഡറിലേക്ക് ഓപ്ഷൻ ക്ഷണിക്കാൻ പരാമർശം 1, 3 സർക്കാർ

ഉത്തരവ് പ്രകാരം തീരുമാനിച്ചിരിക്കുന്നു .

താഴെ പറയുന്ന വിഭാഗങ്ങൾക്ക് കീഴിൽ സൂപ്പർ സ്പെഷ്യാലിറ്റി കേഡർ തെരഞ്ഞെടുക്കാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്ന മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർ ബന്ധപ്പെട്ട ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർ മുഖേന ഇതോടൊപ്പം നൽകിയിരിക്കുന്ന നിർദ്ദിഷ്ട പ്രൊഫോർമയിൽ ഓപ്ഷൻ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ് .

1	കാർഡിയോളജി	3	ന്യൂറോളജി
2	നെഫ്രോളജി	4	യൂറോളജി

സൂചന 2 പ്രകാരം സൂപ്പർ സ്പെഷ്യാലിറ്റി കേഡറിലേക്ക് ഓപ്ഷൻ സമർപ്പിച്ച് താത്കാലിക സീനിയോറിറ്റി ലിസ്റ്റിൽ ഉൾപ്പെട്ടവരും (നിലവിൽ സൂപ്പർ സ്പെഷ്യാലിറ്റി വിഭാഗങ്ങളിൽ ജോലി ചെയ്യുന്നവരും ) വീണ്ടും ഓപ്ഷൻ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ് .

ഓപ്ഷനുകൾ സമർപ്പിക്കുന്ന എല്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാരും യോഗ്യത തെളിയിക്കുന്ന സർട്ടിഫിക്കറ്റുകളുടെ സ്വയം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പും , റ്റി .സി .എം .സി രജിസ്ട്രേഷൻ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ പകർപ്പും ,സർവീസ് റെഗുലറൈസേഷൻ , പ്രൊബേഷൻ ഡിക്ലറേഷൻ എന്നിവയുടെ ഉത്തരവിന്റെ പകർപ്പും ,അഡ്വൈസ് മെമ്മോയുടെ പകർപ്പും നൽകേണ്ടതാണ്. പ്രൊബേഷൻ ഡിക്ലയർ ചെയ്യാത്ത മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർക്കും അവരുടെ ഓപ്ഷൻ സമർപ്പിക്കാം. സൂചന 5 പ്രകാരമുള്ള സർക്കാർ നിർദ്ദേശത്തിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ ഓരോ വിഭാഗത്തിലും പ്രൊബേഷൻ ഡിക്ലയർ ചെയ്തവരെയും പ്രൊബേഷൻ ഡിക്ലയർ ചെയ്യാത്തവരെയും ചേർത്ത് ഒരു പൊതു ലിസ്റ്റാണ് തയ്യാറാക്കുന്നത് .

2010 ലെ കേരള ഹെൽത്ത് സർവീസസ് (മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർ ) സ്പെഷ്യൽ റൂളിൽ, റൂൾ 6 അനുസരിച്ച് ഒരിക്കൽ ഓപ്ഷൻ സമർപ്പിച്ചാൽ ആയത് അന്തിമമായിരിക്കും .

എല്ലാ ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാരും (ആരോഗ്യം ) മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർ സമർപ്പിച്ച ഓപ്ഷൻ ഫോമുകൾ ശേഖരിക്കുകയും 2023

80359/2023

സെപ്റ്റംബർ 25-നോ അതിന് മുൻപോ ഈ ഓഫീസിൽ ലഭിക്കുന്നതിലേക്കായി ആയത് കൈമാറേണ്ടതാണ് .

Signed by  
Dr Reena K J  
Date: 08-09-2023 16:57:59  
DIRECTOR OF HEALTH SERVICES

സ്വീകർത്താവ്

- 1 .എല്ലാ ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർക്കും (ആരോഗ്യം )
- 2 .എല്ലാ സർക്കാർ ആശുപത്രി സൂപ്രണ്ട് / മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർക്കും
- 3 .ഫയൽ കരുതൽ/ ഫയൽ

## OPTION FORM

G.o(P)No.69/2010/H&FWD Dt:17/02/2010 &

G.o(P)No.48/2022 H&FWD Dt:24/08/2022

1.	Name of Cadre opted	Branch E - Super speciality cadre
2.	Name of Super Speciality opted (Cardiology/Nephrology/Neurology/Urology)	
3.	Name of Doctor i) In English (in block letters) ii) In Malayalam	
4.	PEN No.	
5.	Present cadre (Speciality/Administrative/General) (If speciality cadre, specify name of speciality)	
6.	Present Designation	
7.	Date of Birth	
8.	Gender (Male/Female)	
9.	Date of entry in Health Services Department	
10.	Details of advice whether PSC/Govt/Inter Department (with Order/Advice number) (copy should be enclosed.) . Details of LWA availed,if any period & Purpose (copy should be enclosed.)	
11.	Date of regularisation of appointment in entry cadre with order number (Copy of order <sup>should</sup> be enclosed)	
12.	Date of declaration of probation in entry cadre with order number (Copy of order <sup>should be</sup> enclosed)	
13.	Date of declaration of probation in the present post with order number (Copy of order <sup>should be</sup> enclosed)	
14.	Present station with address	

15.	Permanent residential address with pin code	
16.	Date from which working in the present station	
17.	Date from which working in the present cadre	
18.	Date of Publishing result for required qualification (super speciality qualification) (copy should be enclosed )	

**19.Details of qualifying examinations passed.**

SL. No.	Course	Name and year of acquiring degree	Medical council Reg.No.
1.	MBBS/BDS		
2.	P.G.Diploma		
3.	P.G.Degree/DNB		
4.	Super Speciality Degree DM/M.Ch/DNB		

**20.Address for Communication (Residential address with district)**

**21.Contact number.**

Mobile	Land phone (with STD code)

## **DECLARATION**

I .....(Name & Designation) hereby declare that I have read the provisions in the Kerala Health Services (Medical Officers) Special Rules, 2010 published vide G.O.(P) No.69/2010/H&FWD dated.17.02.2010 & G.o(P)No.48/2022 H&FWD Dt:24/08/2022 and agree to abide by them.

Signature of the applicant with date.

Signature of Head of Institution

Counter signature of  
District Medical Officer of Health

### **Instructions**

1. The medical officers shall read the Kerala Health Services (Medical Officers) Special Rules, 2010 & G.o(P)No.48/2022 H&FWD Dt:24/08/2022 before filling the option form.
2. The medical officers who are in service and acquired super speciality PG up to 31.12.2022 can submit option.
3. Self attested copies of certificates of Degree, PG Diploma/Degree, TCMC registration, copy of advice , Date of Publishing result Details for required qualification (super speciality qualification), order of declaration of probation, Order of regularisation of service, shall be enclosed.
4. The Head of institution and DMO (H) concerned shall countersign the option form only after verifying the certificates of the applicant.
5. Options submitted without the signature of head of institution and countersignature of DMO (H) will summarily be rejected.