



ആരോഗ്യവകുപ്പ് ഡയറക്ടറുടെ കാര്യാലയം  
വഞ്ചിയൂർ.പി.ഒ., തിരുവനന്തപുരം. പിൻ - 695035  
ഫോൺ: 0471 2302490 ഫാക്സ് :0471 2303025/2303080  
ഇ-മെയിൽ: [dhsKERALA@gmail.com](mailto:dhsKERALA@gmail.com) വെബ്സൈറ്റ്: [www.dhs.kerala.gov.in](http://www.dhs.kerala.gov.in)

നം: ഇ.ബി1-8864/2025/ആ.വ,ഡ

തീയതി: 01-04-2025

**സർക്കുലർ**

വിഷയം:- ആവഡ-ജീവനക്കാര്യം- Institute for Communicative & Cognitive Neuro Sciences (ICCONS)- ൽ അന്യത്ര സേവന വ്യവസ്ഥയിൽ സേവനമനുഷ്ഠിക്കാൻ താല്പര്യമുള്ള പീഡിയാട്രിക്സ്, ജനറൽ മെഡിസിൻ യോഗ്യതയുള്ള അസിസ്റ്റന്റ് സർജൻമാരിൽ നിന്നും അപേക്ഷ ലഭ്യമാക്കുന്നത് സംബന്ധിച്ച്

സൂചന:- കത്ത് നം.503/Admn/2024/ICCONS-TVM dated 28.03.2025

ഷൊർണ്ണൂരിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്ന Institute for Communicative & Cognitive Neuro Sciences (ICCONS)- ൽ അന്യത്ര സേവന വ്യവസ്ഥയിൽ സേവനമനുഷ്ഠിക്കാൻ താല്പര്യമുള്ള പീഡിയാട്രിക്സ്, ജനറൽ മെഡിസിൻ യോഗ്യതയുള്ള ആരോഗ്യ വകുപ്പിലെ അസിസ്റ്റന്റ് സർജൻമാരിൽ നിന്നും അപേക്ഷകൾ ക്ഷണിക്കുന്നു. താല്പര്യമുള്ളവർ ഇതോടൊപ്പമുള്ള മാതൃകയിൽ 10.04.2025 തീയതിയ്ക്കു ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർ മുഖേന അപേക്ഷ ലഭ്യമാക്കേണ്ടതാണ്.

Signed by  
Reena K J  
Date: 01-04-2025 11:06:48

**ആരോഗ്യ വകുപ്പ് ഡയറക്ടർ**

സ്വീകർത്താവ്

എല്ലാ ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർക്കും

പകർപ്പ്

ആരോഗ്യ വകുപ്പ് ഡയറക്ടറുടെ വെബ്സൈറ്റിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിന്



**STATEMENT UNDER THE RULES 144 (KSR PART I) Vide Circular  
Memorandum No. 42765/Rule-3/62/Fin. Dated 15.06.1962  
APPLICATION FOR THE POST OF Paediatrician & Physician at Institute for  
Communicative & Cognitive Neuro Sciences (ICCONS), Shoranur**

1. Name of the Government Servant & :  
PEN
2. Date of Birth :
3. To whom lent :
4. Official Designation :
5. Scale of pay of the post in :  
government service held
6. Head of account to which pay was :  
debitable before transfer
7. Monthly rate of pay sanctioned in :  
Foreign service
8. Service rules applicable :
9. Rate on monthly contribution :  
provisionally fixed under rule  
(a) Leave Salary  
(b) Pension
10. When lent :
11. Where to be recovered :
12. Whether creditable to State or :  
Central
13. Date of termination of Foreign :  
Service
14. Phone No. (Office) :
- Mobile No.
15. Email Address :

**Place :**

**Date :**

**Signature of Applicant**

Counter Signature of  
Head of Institution

## **BIODATA**

1. Name & PEN :
2. Post held and name of office :
3. Present Pay and Scale of Pay :
4. Age & Date of Birth :
5. Qualifications :

(a) General

(b) Special

6. Experience :
7. Permanent (Residential Address) :
8. Email address :
9. Phone No. (Office) :

Mobile No.

10. Remarks :

**Place :**

**Signature of Applicant**

**Date :**

## **DECLARATION**

I.....(PEN:.....) declare that I am willing to serve the entire period of deputation as.....(name of post) under ICCONS and will not demand for reversion before the tenure of the deputation expires.

Signature of applicants

**Place :**

**Date :**

Counter signature of head of Institution