



ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ

ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳ ಆಯುಕ್ತಾಲಯ
ಆನಂದರಾವ್ ವೃತ್ತ, ಬೆಂಗಳೂರು-560009

ದೂರವಾಣಿ:080-22879336

ಇ-ಮೇಲ್:spmbeckar@gmail.com

ಸಂ: ಬಇಸಿ/ಐಪಿಜಿ/128/2019-20

ದಿನಾಂಕ:19.10.2019

ಸುತ್ತೋಲೆ

ರವರಿಗೆ,

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು.ಕ.ಅಧಿಕಾರಿಗಳು/
ಜಿಲ್ಲಾ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಕರು, ಬೆಂಗಳೂರು ನಗರ/
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ/ಚಿತ್ರದುರ್ಗ/ದಾವಣಗೆರೆ/
ಕೋಲಾರ/ಶಿವಮೊಗ್ಗ/ಚಿಕ್ಕಬಳ್ಳಾಪುರ/ರಾಮನಗರ/
ತುಮಕೂರು/ಮೈಸೂರು/ಮಂಡ್ಯ/ಮಂಗಳೂರು(ದ.ಕ)/
ಚಾಮರಾಜನಗರ/ಕೊಡಗು/ಹಾಸನ/ಉಡುಪಿ/ಬೆಳಗಾಂ/
ಬಾಗಲಕೋಟೆ/ಬಿಜಾಪುರ/ಧಾರವಾಡ/ಗದಗ/ಹಾವೇರಿ/
ಕಾರವಾರ(ಉ.ಕ.)ಚಿಕ್ಕೋಡಿ/ಗುಲ್ಬರ್ಗಾ/ಕೊಪ್ಪಳ/ಬೀದರ್/
ರಾಯಚೂರು/ಯಾದಗಿರಿ/ಪ್ರಾಂಶುಪಾಲರು, ----- ತರಬೇತಿ ಕೇಂದ್ರ
-----ಜಿಲ್ಲೆ/ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧೀಕ್ಷಕರು, ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, -----
-----ಜಿಲ್ಲೆ/ಸಹನಿರ್ದೇಶಕರು, -----


ವಿಷಯ: 2019-20ನೇ ಸಾಲಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ
ಇಲಾಖೆಯ ಸೇವಾನಿರತ ವೈದ್ಯರುಗಳನ್ನು ಎಂಪಿಹೆಚ್ ವ್ಯಾಸಂಗಕ್ಕೆ
ನಿಯೋಜಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ.


ಉಲ್ಲೇಖ ರಾಜೀವ್‌ಗಾಂಧೀ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನಗಳ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಕರ್ನಾಟಕ
ಬೆಂಗಳೂರು ಇವರ ಪತ್ರ ಸಂ: ಆರ್‌ಜಿಯು/ಆರ್‌ಜಿಐಪಿಹೆಚ್/05/2019-
20, ದಿನಾಂಕ:17.09.2019.

ಮೇಲ್ಕಂಡ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಉಲ್ಲೇಖಿತ ಪತ್ರದನ್ವಯ ರಾಜೀವ್‌ಗಾಂಧೀ ಆರೋಗ್ಯ
ವಿಜ್ಞಾನಗಳ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಕರ್ನಾಟಕ ಬೆಂಗಳೂರು, ಮಾಸ್ಟರ್ ಆಫ್ ಪಬ್ಲಿಕ್ ಹೆಲ್ತ್, ಕೈಪಿಡಿ(ಬ್ರೋಚರ್).
ಪ್ರಕಾರ 2019-20ನೇ ಸಾಲಿಗೆ ಸೇವಾನಿರತ ವೈದ್ಯರುಗಳನ್ನು ಎಂಪಿಹೆಚ್ ವ್ಯಾಸಂಗಕ್ಕೆ ನಿಯೋಜಿಸುವ
ಬಗ್ಗೆ, ಅಂತರ್ಜಾಲದ ಮೂಲಕ ಪ್ರಕಟಿಸಿರುವ ಕಿರುಹೊತ್ತಿಗೆಯನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸಿರುವಂತೆ ಎಲ್ಲಾ
ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಲು ಸೂಚಿಸಿದೆ. ಹಾಗೂ ಉಲ್ಲೇಖಿತ ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶದ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಮತ್ತು
ಕಿರುಹೊತ್ತಿಗೆಯ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಹಾಗೂ ನಮೂನೆಗಳಲ್ಲಿ ನೀಡಬೇಕಾಗಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಮಾದರಿ
ನಮೂನೆ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಇಲಾಖೆಯ ವೆಬ್‌ಸೈಟ್ ವಿಳಾಸ www.karhfw.gov.in ನಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಿಸಿ ಮತ್ತು
ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ನಿಯಂತ್ರಣಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಇ-ಮೇಲ್ ವಿಳಾಸಕ್ಕೂ ಸಹ ಕಳುಹಿಸಬೇಕಾಗಿರುವುದರಿಂದ
2019-20 ನೇ ಸಾಲಿನಲ್ಲಿ ಸೇವಾನಿರತ ವೈದ್ಯರು ಸ್ನಾತಕೋತ್ತರ ವ್ಯಾಸಂಗಕ್ಕೆ ಸಲ್ಲಿಸಿರುವ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು
ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನಾಧಾರಿಸಿ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಲು ಸೂಚಿಸಿದೆ.

1. ಸರ್ಕಾರದ ಅಧಿಸೂಚನೆ ಸಂಖ್ಯೆ: ಆಕುಕ 334 ಆರ್‌ಜಿಯು 2012, ದಿ:23.11.2013ರನ್ವಯ 5 ವರ್ಷಗಳ ಖಾಯಂ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪೂರೈಸಿರತಕ್ಕದ್ದು. ಹಾಗೂ ಕೆಸಿಎಸ್‌ಆರ್ 61 ಪರಿಶಿಷ್ಟ IIಎ 1 ರ ಅನ್ವಯ 48 ವರ್ಷ ವಯೋಮಿತಿಯಲ್ಲರತಕ್ಕದ್ದು.
2. ಉನ್ನತ ವ್ಯಾಸಂಗಕ್ಕೆ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸುವಾಗ ಖಾಯಂ ಪೂರ್ವ ಸೇವಾವಧಿ ಘೋಷಣೆಯಾಗಿರುವುದು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಪರಿಶೀಲನೆಗಾಗಿ ಖಾಯಂಪೂರ್ವ ಸೇವಾವಧಿ ಘೋಷಣೆಯ ದೃಢೀಕೃತ ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶದ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸುವುದು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ.
3. ಇಲಾಖಾ ವಿಚಾರಣೆ ಬಾಕಿ ಇದ್ದು, ದೋಷಾರೋಪಣೆ ಪಟ್ಟಿ ಜಾರಿಯಾಗಿರುವಂತಹ ಸೇವಾನಿರತ ವೈದ್ಯರುಗಳ ಉನ್ನತ ವ್ಯಾಸಂಗಕ್ಕೆ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡತಕ್ಕದ್ದಲ್ಲ. ಇಲಾಖಾ ವಿಚಾರಣೆ ಬಾಕಿ ಇಲ್ಲದಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ನೀಡಿರುವ ನಮೂನೆ ಪತ್ರದಲ್ಲ ದೃಢೀಕರಿಸಿ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.
4. ಅನಧೀಕೃತ ಗೈರು ಹಾಜರಿಯಾಗದಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ದೃಢೀಕೃತ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.
5. ಎಸ್‌ಎಸ್‌ಎಲ್‌ಸಿ ಅಂಕಪಟ್ಟಿ ದೃಢೀಕೃತ ಪ್ರತಿ.
6. ಪಿಯುಸಿ ಅಂಕಪಟ್ಟಿ ದೃಢೀಕೃತ ಪ್ರತಿ.
7. ಎಂಜಿಬಿಎಸ್ ವ್ಯಾಸಂಗ ಪೂರೈಸಿದ ಪದವಿಯ ದೃಢೀಕೃತ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ.
8. ಎಂಜಿಬಿಎಸ್ ವ್ಯಾಸಂಗ ಪೂರೈಸಿದ ಬಗ್ಗೆ ಕೆಎಂಸಿ ವತಿಯಿಂದ ನೋಂದಣಿ ಮಾಡಿರುವ ದೃಢೀಕೃತ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ.
9. ಈಗಾಗಲೇ ಸೇವಾನಿರತ ಕೋಟಾದಡಿಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ತಜ್ಞತೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ನಾತಕೋತ್ತರ/ಡಿಪ್ಲೊಮಾ ವ್ಯಾಸಂಗ ಮಾಡಲಾಗಿದೆಯೇ? ವ್ಯಾಸಂಗ ಪೂರೈಸಿದ ಬಗ್ಗೆ ದೃಢೀಕೃತ ಪ್ರತಿ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.
10. ಉನ್ನತ ವ್ಯಾಸಂಗಕ್ಕೆ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸುವ ವೈದ್ಯರು ಈಗಾಗಲೇ ಸೇವಾನಿರತ ಕೋಟಾದಡಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಥಮ ಬಾರಿಗೆ ನಿಯೋಜನೆಗೊಂಡು ವ್ಯಾಸಂಗ ಪೂರೈಸಿರುವರೇ ಎಂಬ ಬಗ್ಗೆ ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ಮಾಹಿತಿ ಒದಗಿಸತಕ್ಕದ್ದು.
11. ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶದನುಸಾರ ಸೇವಾನಿರತ ಕೋಟಾದಡಿಯಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಾಗುವ ಸೀಟುಗಳಿಗೆ ಇಲಾಖೆಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಸೇವಾನಿರತ ವೈದ್ಯರುಗಳನ್ನು ವ್ಯಾಸಂಗಕ್ಕೆ ನಿಯೋಜಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಇಲಾಖೆಯ ಮುಖಾಂತರ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿರುವಂತೆ ವೆಬ್‌ಸೈಟ್ ಮತ್ತು ಇ-ಮೇಲ್‌ನಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ತಮ್ಮ ಅಧೀನದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಸೇವಾನಿರತ ವೈದ್ಯರುಗಳ ಪೈಕಿ ಸ್ನಾತಕೋತ್ತರ ವ್ಯಾಸಂಗಕ್ಕೆ ತೆರಳಲು ಇಚ್ಛಿಸುವ ವೈದ್ಯರುಗಳ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ದಾಖಲೆ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ದ್ವಿ-ಪ್ರತಿಯಲ್ಲಿ ದೃಢೀಕರಿಸಿ ಸಲ್ಲಿಸಲು ಸೂಚಿಸಿದೆ.
12. ಕಿರುಹೊತ್ತಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಿಸಿರುವಂತೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ತಮ್ಮ ಹಂತದಲ್ಲಯೇ ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ಸೂಕ್ತ ದಾಖಲೆಗಳು ಸಲ್ಲಿಸದೇ ಇರುವಂತಹ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ತಮ್ಮ ಹಂತದಲ್ಲಯೇ ತಿರಸ್ಕರಿಸಲು ಸೂಚಿಸಿದೆ. ಹಾಗೂ ಸೂಕ್ತ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸದೇ ಸಲ್ಲಿಸುವ ಅರ್ಜಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ನಿಯಂತ್ರಣಾಧಿಕಾರಿಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ವೈದ್ಯರುಗಳನ್ನೇ ನೇರ ಹೊಣೆಗಾರರನ್ನಾಗಿ ಮಾಡಿ ಅವರ ವಿರುದ್ಧ ಶಿಸ್ತುಕ್ರಮ ಜರುಗಿಸಲಾಗುವುದೆಂದು ಸೂಚಿಸಿದೆ.

13. ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶದ ಪ್ರಕಾರ ಗುತ್ತಿಗೆ ಸೇವೆಯನ್ನು ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಕೃಷಾಂಕದಡಿ ನೇಮಕಗೊಂಡು ತದನಂತರ ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಮುಂದುವರೆದಿದ್ದು, ಈ ಎರಡು ಸೇವೆಗಳ ನಡುವೆ ಯಾವುದೇ ಸೇವಾವಿಚ್ಛಿನ್ನತೆ (No Break in Service) ಆಗಿಲ್ಲದೇ ಇರುವುದನ್ನು ದೃಢೀಕರಿಸುವ ಷರತ್ತಿಗೊಳಪಟ್ಟು ಪರಿಗಣಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ ಆದೇಶವಿರುವುದರಿಂದ ಇದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ನಿಗದಿತ ನಮೂನೆಯನ್ನು ಈ ಪತ್ರದೊಂದಿಗೆ ಅಡಕಗೊಳಿಸಿದೆ. ನಿಗದಿತ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿರುವಂತೆ ಸೂಕ್ತ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ ಕೇವಲ ದೃಢೀಕೃತ ನಮೂನೆಯನ್ನು ಮಾತ್ರ ಸಲ್ಲಿಸಲು ಸೂಚಿಸಿದೆ. ಈ ರೀತಿ ಸಲ್ಲಿಸುವಾಗ ವೈದ್ಯರ ಸೇವಾ ವಿಚ್ಛಿನ್ನತೆ ಇಲ್ಲದಂತಹ ವೈದ್ಯರುಗಳ ಸೇವೆಯನ್ನು ಮಾತ್ರ ಪರಿಗಣಿಸುವುದು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಬಗ್ಗೆ ದೃಢೀಕೃತ ನಮೂನೆಯನ್ನು ದಾಖಲೆ ಪ್ರತಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.
14. ಸದರಿ ವೈದ್ಯರು ಸೇವೆಗೆ ಸೇರಿದ ದಿನದಿಂದ ಈವರೆವಿಗೂ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಿರುವ ಸ್ಥಳದ ಬಗ್ಗೆ ವಿವರವಾದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಿಗದಿತ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು. ಈ ರೀತಿ ಸಲ್ಲಿಸುವಾಗ ಅವರು ಸಲ್ಲಿಸಿರುವ ಸೇವಾ ಸ್ಥಳವು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಸೇರಿರುವುದೇ/ನಗರ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಸೇರಿರುವುದೇ ಎಂಬುದರ ಬಗ್ಗೆ ದೃಢೀಕರಿಸಿ ಸಲ್ಲಿಸುವುದು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಸೇರಿದ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಬಿಡುಗಡೆ ಹೊಂದಿದ ದಿನಾಂಕವನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಭರ್ತಿಮಾಡುವುದು.
15. ನಿಗದಿತ ನಮೂನೆಯ ಕ್ರಮ ಸಂ. 1 ರಿಂದ 27 ರವರೆಗಿನ ಪ್ರತಿ ಅಂಕಣದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ತುಂಬಲೇಬೇಕು ಅಪೂರ್ಣ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನೊಳಗೊಂಡ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ತಿರಸ್ಕರಿಸಲಾಗುವುದು. ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಹಾಗೂ ಜಿಲ್ಲಾ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಕರ ಸಹಿ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ತಪ್ಪು ಮಾಹಿತಿ ನೀಡಿದ್ದಲ್ಲಿ ಶಿಸ್ತು ಕ್ರಮಜರುಗಿಸಲಾಗುವುದು.
16. ಅರ್ಜಿಯಲ್ಲಿ ಲಗತ್ತಿಸಿದೆ, ಎಂದು ಭರ್ತಿಮಾಡುವಂತಿಲ್ಲ ಕೇಳಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಭರ್ತಿಮಾಡಬೇಕು.
17. ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಬಂಧಪತ್ರಕೋಶ ವಿಭಾಗಕ್ಕೆ ಸಲ್ಲಿಸಲು ಸೂಚಿಸಿದ್ದರೂ ಟಪಾಲು ವಿಭಾಗಕ್ಕೆ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಗಳನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡು ಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಗಳನ್ನು ನಿಗದಿತ ಅವಧಿಯೊಳಗೆ ಬಂಧಪತ್ರಕೋಶ ವಿಭಾಗಕ್ಕೆ ಸಲ್ಲಿಸಲು ಸೂಚಿಸಿದೆ. ಆನಂತರ ಬರುವ ಯಾವುದೇ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಅಂಚೆ ಮೂಲಕ ಸಲ್ಲಿಸುವ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಸೂಚನೆ ನೀಡಿದರೂ ಸಹ ಟಪಾಲು ವಿಭಾಗಕ್ಕೆ ಸಲ್ಲಿಸಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅಂತಹ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ವಿಳಂಬವಾಗಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ.
18. ಪರಿಶೀಲನೆಯ ನಂತರ ಸೂಕ್ತ ದೃಢೀಕೃತ ದಾಖಲೆಗಳ ಪ್ರತಿಗಳೊಂದಿಗೆ ದ್ವಿ-ಪ್ರತಿಗಳಲ್ಲಿ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ದಿ: 02.11.2019ರ ಸಂಜೆ: 5:00 ಗಂಟೆಯ ಒಳಗಾಗಿ ಆಯುಕ್ತಾಲಯ, ಬಾಂಡ್ ಎನ್‌ಫೋರ್ಸ್‌ಮೆಂಟ್ ಸೆಲ್ ವಿಭಾಗ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳು, ಆನಂದರಾವ್ ವೃತ್ತ, ಬೆಂಗಳೂರು, ಈ ವಿಭಾಗಕ್ಕೆ ಮುದ್ದಾಂ ಸಲ್ಲಿಸುವುದು.


25.10
ಆಯುಕ್ತರು,

ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು.ಕ.ಸೇವೆಗಳು


2019-20 ನೇ ಸಾಲಿನಲ್ಲಿ ರಾಜೀವ್‌ಗಾಂಧೀ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನಗಳ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಕರ್ನಾಟಕ ಬೆಂಗಳೂರು ಇಲ್ಲಿ ಎಂಪಿಹೆಚ್ ಸ್ನಾತಕೋತ್ತರ ವ್ಯಾಸಂಗಕ್ಕೆ ಪ್ರವೇಶ ಹೊಂದಲು ನಿಗದಿತ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ

1	ವೈದ್ಯಕೀಕರಣ ಮತ್ತು ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಸ್ಥಳ & ವಿಳಾಸ	
3	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ವಯಸ್ಸು	
4	SSLC ಅಂಕಪಟ್ಟಿ	
5	PUC ಅಂಕಪಟ್ಟಿ	
6	MBBS ಪಾಸಾದ ಬಗ್ಗೆ ಎಲ್ಲಾ ವರ್ಷದ ಅಂಕಪಟ್ಟಿ	
7	ಕೆಎಂಸಿ ಲಿಟರೇಚರ್ ನಂ & ದಿನಾಂಕ	
8	ಪದವಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ	
9	ಸೇವೆಗೆ ಸೇರುವ ಮೊದಲೇ ಸ್ನಾತಕೋತ್ತರ ವ್ಯಾಸಂಗ ಪೂರೈಸಿದ್ದರೇ ಸ್ಪಷ್ಟ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುವುದು	
10	ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು ಕ ಇಲಾಖೆಯಿಂದ ಸೇವಾನಿರತ ಸ್ನಾತಕೋತ್ತರ ವ್ಯಾಸಂಗಕ್ಕೆ ನಿಯೋಜನೆ ಹೊಂದುತ್ತಿರುವುದು ಪ್ರಥಮ ಬಾರಿ/ದ್ವಿತೀಯ ಬಾರಿಗೆ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ತಿಳಿಸುವುದು	
11	ಗುತ್ತಿಗೆ ವೈದ್ಯರಾಗಿ ಕರ್ತವ್ಯಕ್ಕೆ ಹಾಜರಾದ ದಿನಾಂಕ & ಸೇವಾ ವಿಚ್ಛಿನ್ನತೆ ಇಲ್ಲದ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ	
12	ಗುತ್ತಿಗೆ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಿದ ಒಟ್ಟು ಅವಧಿ	ದಿನಾಂಕ: ಲಿಂದ ರವರೆಗೆ ಒಟ್ಟು
13	ಖಾಯಂ ವೈದ್ಯರಾಗಿ ನೇಮಕ/ಸಕ್ರಮಗೊಂಡ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಅವಧಿ	
14	ಖಾಯಂ ಪೂರ್ವ ಸೇವಾವಧಿ ಘೋಷಣೆಯಾದ ವಿವರ	
15	ಖಾಯಂ ಸೇವೆಗೆ ಸೇರಿದ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ದಿ: 31.03.2019 ಕ್ಕೆ ಸತತವಾಗಿ 5 ವರ್ಷ ಖಾಯಂ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ, ಅಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಒಟ್ಟು ಎಷ್ಟು ವರ್ಷಗಳ ಖಾಯಂಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸಿರುವ ವಿವರ ಹಾಗೂ ಒಟ್ಟು ಎಷ್ಟು ವರ್ಷಗಳ ಗ್ರಾಮೀಣ ಸೇವೆಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿರುತ್ತಾರೆ	ಗ್ರಾಮೀಣ

16	<p>ಗ್ರಾಮೀಣ ಕೃಷಾಂಕದಡಿ ನೇಮಕಗೊಂಡು, ನಂತರ ಗುತ್ತಿಗೆ ವೈದ್ಯರಾಗಿ ಸೇವಾ ವಿಚ್ಛಿನ್ನತೆ ಇಲ್ಲದೆ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸಿರುವ ವಿವರ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2000 ನೇ ಸಾಲಿನಲ್ಲಿ ನೇಮಕಗೊಂಡು ಕರ್ತವ್ಯಕ್ಕೆ ಹಾಜರಾದ ದಿನಾಂಕ 2. ಸೇವೆಯಿಂದ ವಿಮೋಚನೆಗೊಳಿಸಲಾದಂತೆ ಇಡುಗಡೆ ಗೊಂಡ ದಿನಾಂಕ 3. ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ ಪುನರ್ ನೇಮಕಗೊಂಡ ದಿನಾಂಕ 4. ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದಿಂದ ಇಡುಗಡೆಗೊಂಡ ದಿನಾಂಕ 5. ಖಾಯಂ ಸೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಹಾಜರಾದ ದಿನಾಂಕ 	1.	2.	3.	4.	5.
17	GDMO ಆಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸಿರುವ ವಿವರ	ಒಟ್ಟು ವರ್ಷ	ತಿಂಗಳು	ದಿನಗಳು		
18	ಇಲಾಖಾ ಮುಖಾಂತರ ಈಗಾಗಲೇ ಡಿಪ್ಲೋಮಾ ವ್ಯಾಸಂಗಕ್ಕೆ ನಿಯೋಜನೆಗೊಂಡಿದ್ದಲ್ಲಿ ವಿವರ					
19	ಇಲಾಖಾ ವಿಚಾರಣೆ ಬಾಕಿ ಇದೆಯಾ ? ದೋಷಾರೋಪಣಾ ಪತ್ರ ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆಯಾ ? ವಿವರ					
20	ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಜಾತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಲಗತ್ತಿಸಿರುವರೇ SC/ST/Others					
21	ಹೈದರಾಬಾದ್ ಕರ್ನಾಟಕ ಕಲಂ ಸಂಖ್ಯೆ: 371 ರಡಿಯಲ್ಲಿ ಮೀಸಲಾತಿ ಸೌಲಭ್ಯ ಪಡೆಯಲು ಬಯಸಿರುವರೇ. ಆಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅರ್ಹರೆ - ಸೂಕ್ತ ದಾಖಲಾತಿ ಲಗತ್ತಿಸಿರುವರೇ					
22	ಅಂಗವಿಕಲರಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಲಗತ್ತಿಸಿರುವರೇ					
23	ಅನಧಿಕೃತ ಗೈರು ಹಾಜರಿ/ಅಮಾನತ್ತಿನಲ್ಲಿರುವರೇ					
24	ಸ್ನಾತಕೋತ್ತರ ವ್ಯಾಸಂಗಕ್ಕೆ ಆಯ್ಕೆಯಾಗಿ ಸೀಟ್ ಪಡೆದ ನಂತರ ಸೀಟ್ ಸೆರೆಂಡರ್ ಮಾಡಿಲ್ಲದಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ					
25	ಈಗಾಗಲೇ ಯಾವುದೇ ತಜ್ಞತೆಯಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಸಂಗ ಮಾಡಲಾಗಿದೆಯೇ					
26	ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಸಹಿ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ					
27	ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಇ-ಮೇಲ್ ಐಡಿಯನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ನಮೂದಿಸುವುದು					
28	ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿದ ಅಧಿಕಾರಿಯ ಸಹಿ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಪದನಾಮ	ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ				

ಪರಿಶೀಲಿಸಿದ, ಸರಿಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ಧೃಢೀಕರಿಸಿದೆ.

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು

----- ಜಿಲ್ಲೆ

ನಮೂನೆ - 1

ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಯಲ್ಲಿ ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದಲ್ಲ ನೇಮಕಾತಿ ಹೊಂದಿ
ತದನಂತರ ಸಕ್ರಮಹೊಂದಿದ ವೈದ್ಯರ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ.

ಡಾ: ----- ಆದ ಇವರು ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಆಕುಕ -----
ದಿನಾಂಕ: ----- ರಲ್ಲಿ ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ
ಇಲಾಖೆಯಲ್ಲಿ ಸೇವೆಗೆ ಸೇರಿ ದಿನಾಂಕ: ----- ರಂದು ಹಾಜರಾಗಿ ದಿನಾಂಕ: -----
----- ರವರೆಗೆ (----- ವರ್ಷ ----- ತಿಂಗಳು) ಗುತ್ತಿಗೆ ಸೇವೆಯನ್ನು ಯಾವುದೇ
ಸೇವಾ ವಿಚ್ಛಿನ್ನತೆ ಇಲ್ಲದೇ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಿ ನಂತರ ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: -----
----- ದಿನಾಂಕ: ----- ರ ಮೇರೆಗೆ ಇಲಾಖೆಯಲ್ಲಿ ಸಕ್ರಮ ಹೊಂದಿ ಖಾಯಂ
ವೈದ್ಯನಾಗಿ ದಿನಾಂಕ: ----- ರಿಂದ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸಿರುತ್ತೇನೆಂದು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.
ನೀಡಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯು ತಪ್ಪು ಎಂದು ಕಂಡುಬಂದಲ್ಲಿ ಇಲಾಖೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಶಿಸ್ತುಕ್ರಮಕ್ಕೆ
ಬದ್ಧನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ/ಬದ್ಧಳಾಗಿರುತ್ತೇನೆ.

ವೈದ್ಯರ ಸಹಿ ಮತ್ತು ಮೊಹರು

ಮೇಲ್ಕಂಡ ವೈದ್ಯರು ನೀಡಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ಸರಿಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ದೃಢೀಕರಿಸಿದೆ.

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು.ಕ.ಅಧಿಕಾರಿಗಳು

----- ಜಿಲ್ಲೆ

ಒದಗಿಸಬೇಕಾದ ದೃಢೀಕೃತ ಮಾಹಿತಿಗಳು:-

1. ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದಲ್ಲ ಹಾಜರಾದ ಸಿಟಿಸಿ/ಹಾಜರಾತಿ ಪತ್ರ.
2. ಖಾಯಂ ಆಗಿ ನೇಮಕ ಮಾಡಿದ ಆದೇಶದ ಪ್ರತಿ.
3. ಗುತ್ತಿಗೆಯಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆಗೊಳಿಸಿದ ಪತ್ರ.
4. ಖಾಯಂ ಹುದ್ದೆಯ ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯಕ್ಕೆ ಹಾಜರಾದ ಸಿಟಿಸಿ ಪ್ರತಿ.
5. ಗುತ್ತಿಗೆ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿ ನೇಮಕಾತಿ ಹೊಂದಿದ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ಸೇವಾವಿಚ್ಛಿನ್ನತೆ ಇಲ್ಲದಂತೆ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಿದ ಅವಧಿಯ ವೇತನ ಭತ್ಯೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ವೇತನ ಬಟವಾಡೆ ಪುಸ್ತಕವನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ, ವೇತನ ಬಟವಾಡೆ ಪುಸ್ತಕದ ಮಾಹಿತಿಯಂತೆ ಪ್ರತಿ ತಿಂಗಳು ಪಡೆದ ವೇತನ ಭತ್ಯೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒಂದೇ ಪ್ರತಿಯಲ್ಲಿ (Abstract) ವೇತನ ಬಟವಾಡೆ ಅಧಿಕಾರಿಯ ದೃಢೀಕರಣದೊಂದಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸುವುದು (ವೇತನ ಬಟವಾಡೆಯ ಪುಸ್ತಕದ ನಕಲು ಪ್ರತಿಗಳ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ).

ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ದೃಢೀಕರಿಸಿದೆ.

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು.ಕ.ಅಧಿಕಾರಿಗಳು

----- ಜಿಲ್ಲೆ

ನಮೂನೆ - 2

ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಯು ಗ್ರಾಮೀಣ ಕೃಷಾಂಕದಡಿ ನೇಮಕಾತಿ ಹೊಂದಿ, ಸೇವೆಯಿಂದ ವಿಮೋಚಿಸಲ್ಪಟ್ಟು ನಂತರ ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದಲ್ಲ ನೇಮಕಾತಿ ಹೊಂದಿ ಆನಂತರ ಖಾಯಂ ನೇಮಕಾತಿಗೊಂಡ ವೈದ್ಯರ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ.

ಡಾ: ----- ಆದ ಇವರು ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಆಕುಕ 716 ಹೆಚ್‌ಎಸ್‌ಹೆಚ್ 1999 ದಿನಾಂಕ: 23/06/2000 ರಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಕೃಷಾಂಕದಡಿಯಲ್ಲಿ ನೇಮಕಾತಿ ಹೊಂದಿ, ದಿನಾಂಕ: ----- ರಂದು ಸೇವೆಗೆ ಸೇರಿ ನಂತರ ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಆಕುಕ 939 ಹೆಚ್‌ಎಸ್‌ಹೆಚ್ 2003 ದಿನಾಂಕ: 20/12/2003 ರಲ್ಲಿ ಸೇವೆಯಿಂದ ವಿಮೋಚನೆಗೊಂಡು ದಿನಾಂಕ: ----- ರಂದು ಬಿಡುಗಡೆಗೊಂಡು ಆನಂತರ ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಆಕುಕ 939 ಹೆಚ್‌ಎಸ್‌ಹೆಚ್ 2003 ಬೆಂಗಳೂರು ದಿನಾಂಕ: 30/12/2003 ರಲ್ಲಿ ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದಲ್ಲ ದಿನಾಂಕ: ----- ರಂದು ಹಾಜರಾಗಿ ತದನಂತರ ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಆಕುಕ 939 ಹೆಚ್‌ಎಸ್‌ಹೆಚ್ 2003 ದಿನಾಂಕ: ----- ರಲ್ಲಿ ಖಾಯಂ ವೈದ್ಯರಾಗಿದ್ದು ದಿನಾಂಕ: ----- ರಂದು ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆಗೊಂಡು ದಿನಾಂಕ: ----- ರಂದು ಮರುನೇಮಕಾತಿ ಆದೇಶದಂತೆ ಕರ್ತವ್ಯಕ್ಕೆ ಹಾಜರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಈ ವೈದ್ಯರು ಯಾವುದೇ ಸೇವಾವಿಚ್ಛಿನ್ನತೆ ಇಲ್ಲದೆ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸಿರುತ್ತಾರೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸಿದೆ. ನೀಡಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯು ತಪ್ಪು ಎಂದು ಕಂಡುಬಂದಲ್ಲಿ ಇಲಾಖೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಶಿಸ್ತುಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಬದ್ಧನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ.

ವೈದ್ಯರ ಸಹಿ ಮತ್ತು ಮೊಹರು

ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ದೃಢೀಕರಿಸಿದೆ

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು.ಕ.ಅಧಿಕಾರಿಗಳು

----- ಜಿಲ್ಲೆ

ಒದಗಿಸಬೇಕಾದ ದೃಢೀಕೃತ ಮಾಹಿತಿಗಳು:-

1. ಗ್ರಾಮೀಣ ಕೃಷಾಂಕದಡಿ ನೇಮಕಾತಿ ಹೊಂದಿ ಅದರಂತೆ ಹಾಜರಾದ ಸಿಟಿಸಿ ಪ್ರತಿ.
2. ವಿಮೋಚನೆಗೊಳಿಸಿದ ಆದೇಶದಂತೆ ಬಿಡುಗಡೆಗೊಂಡ ಸಿಟಿಸಿ ಅಥವಾ ----- ಪತ್ರ.
3. ಆನಂತರ ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದಲ್ಲ ಮರು ನೇಮಕಾತಿಗೊಳಿಸಿದಂತೆ ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದಲ್ಲ ಹಾಜರಾದ ಪತ್ರ.
4. ಗುತ್ತಿಗೆಯಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆಗೊಳಿಸಿದ ಪತ್ರ. ಖಾಯಂ ಹುದ್ದೆಯ ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯಕ್ಕೆ ಹಾಜರಾದ ಸಿಟಿಸಿ ಪ್ರತಿ.
5. 2000ನೇ ಸಾಲಿನಲ್ಲಿ ನೇಮಕಾತಿ ಹೊಂದಿದ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ಸೇವಾವಿಚ್ಛಿನ್ನತೆ ಇಲ್ಲದಂತೆ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಿದ ಅವಧಿಯ ವೇತನ ಭತ್ಯೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ವೇತನ ಬಟವಾಡೆ ಪುಸ್ತಕವನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ, ವೇತನ ಬಟವಾಡೆ ಪುಸ್ತಕದ ಮಾಹಿತಿಯಂತೆ ಪ್ರತಿ ತಿಂಗಳು ಪಡೆದ ವೇತನ ಭತ್ಯೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒಂದೇ ಪ್ರತಿಯಲ್ಲಿ (Abstract) ವೇತನ ಬಟವಾಡೆ ಅಧಿಕಾರಿಯ ದೃಢೀಕರಣದೊಂದಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸುವುದು (ವೇತನ ಬಟವಾಡೆಯ ಪುಸ್ತಕದ ನಕಲು ಪ್ರತಿಗಳ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ).

ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ದೃಢೀಕರಿಸಿದೆ.

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು.ಕ.ಅಧಿಕಾರಿಗಳು

----- ಜಿಲ್ಲೆ

ನಮೂನೆ 1 ರ ಬಗ್ಗೆ ಅನುಬಂಧ

Sl. No.	Name of Doctor with present working place	Date of appointment to contract Service as per Order No- --- & Date -----	Date of reporting for duty in contract basis (reporting letter)	Date of appointment on regular basis as per Order No--- & Date -----	Date of reporting on regular basis (enclose CTC)	Whether there is a Break in service	Remarks if any

ವೈದ್ಯರ ಸಹಿ ಮತ್ತು ಮೊಹರು

ಮೇಲ್ಕಂಡ ವೈದ್ಯರು ನೀಡಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ಸರಿಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ದೃಢೀಕರಿಸಿದೆ.

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು.ಕ.ಅಧಿಕಾರಿಗಳು

----- ಜಿಲ್ಲೆ

ನಮೂನೆ 2 ರ ಬಗ್ಗೆ ಅನುಬಂಧ

Sl. No.	Name of Doctor and present working place	Date of termination from Rural weightage appointment as per Order No. ---- - & Date -----	Date on which relived from duties (enclose CTC)	Date of appointment contract Service as per Order No---- & Date -----	Date of reporting for duty in contract basis (enclose CTC/letter)	Date of regular Appointment Order No. & date reporting enclose CTC,	Whether there is a Break in service

ದೃಢೀಕರಿಸಿದೆ

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು.ಕ.ಅಧಿಕಾರಿಗಳು,

----- ಜಿಲ್ಲೆ

ನಮೂನೆ-3

(ಗ್ರಾಮೀಣ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸಿದ್ದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಸ್ಪಷ್ಟ ವಿವರ ನೀಡುವುದು)

ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಯಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ವೈದ್ಯರ ಸೇವಾ ವಿವರ

ಡಾ: -----, ----- (ಕಾರ್ಯನಿರತ ಸ್ಥಳ) ----- (ತಾಲ್ಲೂಕು)
 ----- (ಜಿಲ್ಲೆ) ಇವರು ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಆಕುಕ ----- ದಿನಾಂಕ:
 ----- ರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಯಲ್ಲಿ ದಿನಾಂಕ: -----
 ರಂದು ಸೇವೆಯಲ್ಲಿ ಹಾಜರಾಗಿ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಸೇವೆಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದ್ದೇನೆಂದು
 ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ. ನೀಡಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯು ತಪ್ಪು ಎಂದು ಕಂಡುಬಂದಲ್ಲಿ ಇಲಾಖೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಶಿಸ್ತುಕ್ರಮಕ್ಕೆ
 ಬದ್ಧರಾಗಿರುತ್ತೇನೆ/ಬದ್ಧಳಾಗಿರುತ್ತೇನೆ.

ಕ್ರ.ಸಂ.	ಸೇವೆಗೆ ಸೇರಿದ ದಿನಾಂಕದಿಂದ (ಗುತ್ತಿಗೆ ಸೇವೆಗೆ ಸೇರಿದ/ಗ್ರಾಮೀಣ ಕೃಪಾಂಕದಡಿ/ನೇರ ನೇಮಕಾತಿ ಮೂಲಕ ಸೇವೆಗೆ ಹಾಜರಾದ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಿರುವ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಹೆಸರು, ಸ್ಥಳ, ತಾಲ್ಲೂಕು ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲೆ.	ದಿನಾಂಕ ರಿಂದ	ದಿನಾಂಕ ರವರೆಗೆ	ಒಟ್ಟು ವರ್ಷ
1				
2				
3				

ಸೂಚನೆ:-

ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಸ್ಥಳವು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲರುವ ಬಗ್ಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಗ್ರಾಮ ಪಂಚಾಯತಿ ಅಧಿಕಾರಿಗಳಿಂದ/ಕಂದಾಯ ಇಲಾಖೆಯ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರಿಂದ ದೃಢೀಕರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ತಪ್ಪದೇ ಸಲ್ಲಿಸುವುದು.

ವೈದ್ಯರ ಸಹಿ ಮತ್ತು ಮೊಹರು

ಮೇಲ್ಕಂಡ ವೈದ್ಯರು ನೀಡಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ಸರಿಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ದೃಢೀಕರಿಸಿದೆ.

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು.ಕ.ಅಧಿಕಾರಿಗಳು

----- ಜಿಲ್ಲೆ

ನಮೂನೆ-4

ಗ್ರಾಮೀಣ, ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸಲ್ಲಿಸಿರುವ ಒಟ್ಟು ಸಂಪೂರ್ಣ ಸೇವಾ ವಿವರ

ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಯಲ್ಲಿ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ವೈದ್ಯರ ಸಂಪೂರ್ಣ ಸೇವಾ ವಿವರ

ಡಾ: -----, ----- (ಕಾರ್ಯನಿರತ ಸ್ಥಳ) ----- (ತಾಲ್ಲೂಕು)
----- (ಜಿಲ್ಲೆ) ಇವರು ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಆಕುಕ ----- ದಿನಾಂಕ:
----- ರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಯಲ್ಲಿ ದಿನಾಂಕ: -----
ರಂದು ಸೇವೆಯಲ್ಲಿ ಹಾಜರಾಗಿ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ ಸೇವೆಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದ್ದೇನೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.
ನೀಡಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯು ತಪ್ಪು ಎಂದು ಕಂಡುಬಂದಲ್ಲಿ ಇಲಾಖೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಶಿಸ್ತುಕ್ರಮಕ್ಕೆ
ಬದ್ಧರಾಗಿರುತ್ತೇನೆ/ಬದ್ಧಳಾಗಿರುತ್ತೇನೆ.

ಕ್ರ.ಸಂ.	ಸೇವೆಗೆ ಸೇರಿದ ದಿನಾಂಕದಿಂದ (ಗುತ್ತಿಗೆ ಸೇವೆಗೆ ಸೇರಿದ/ಗ್ರಾಮೀಣ ಕೃಷಾಂಕದಡಿ/ನೇರ ನೇಮಕಾತಿ ಮೂಲಕ ಸೇವೆಗೆ ಹಾಜರಾದ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ಈವರೆವಿಗೂ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಿರುವ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಹೆಸರು, ಸ್ಥಳ, ತಾಲ್ಲೂಕು ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲೆ.	ದಿನಾಂಕ ರಿಂದ	ದಿನಾಂಕ ರವರೆಗೆ	ಒಟ್ಟು ವರ್ಷ
1				
2				
3				

ಸೂಚನೆ:-

ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಸ್ಥಳವು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಗ್ರಾಮ ಪಂಚಾಯತಿ ಅಧಿಕಾರಿಗಳಿಂದ/ಕಂದಾಯ ಇಲಾಖೆಯ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರಿಂದ ದೃಢೀಕರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ತಪ್ಪದೇ ಸಲ್ಲಿಸುವುದು.

ವೈದ್ಯರ ಸಹಿ ಮತ್ತು ಮೊಹರು

ಮೇಲ್ಕಂಡ ವೈದ್ಯರು ನೀಡಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ಸರಿಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ದೃಢೀಕರಿಸಿದೆ.

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು.ಕ.ಅಧಿಕಾರಿಗಳು

----- ಜಿಲ್ಲೆ

ಇಲಾಖಾ ವಿಚಾರಣೆಯ ಬಗ್ಗೆ ದೃಢೀಕರಣ ಪತ್ರ

ಡಾ: -----, ----- (ಕಾರ್ಯನಿರತ ಸ್ಥಳ) -----

(ತಾಲ್ಲೂಕು) ----- (ಜಿಲ್ಲೆ) ಇವರ ವಿರುದ್ಧ ಯಾವುದೇ ಇಲಾಖಾ ವಿಚಾರಣೆ ಬಾಕಿ ಇರುವುದಿಲ್ಲ ಹಾಗೂ ದೋಷಾರೋಪಣ ಪಟ್ಟಿ ಜಾರಿ ಆಗಿರುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸಿದೆ. ನೀಡಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯು ತಪ್ಪು ಎಂದು ಕಂಡುಬಂದಲ್ಲಿ ಇಲಾಖೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಶಿಸ್ತುಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಬದ್ಧನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ/ಬದ್ಧಳಾಗಿರುತ್ತೇನೆ.

ವೈದ್ಯರ ಸಹಿ ಮತ್ತು ಮೊಹರು

ಮೇಲ್ಕಂಡ ವೈದ್ಯರ ಬಗ್ಗೆ ನೀಡಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ಸರಿಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ದೃಢೀಕರಿಸಿದೆ.

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು.ಕ.ಅಧಿಕಾರಿಗಳು

----- ಜಿಲ್ಲೆ

ಅನಧೀಕೃತ ಗೈರುಹಾಜರಿಯಾಗದಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ದೃಢೀಕರಣ ಪತ್ರ

ಡಾ: _____, _____ (ಕಾರ್ಯನಿರತ ಸ್ಥಳ) _____
(ತಾಲ್ಲೂಕು) _____ (ಜಿಲ್ಲೆ) ಇವರು ದಿ:_____ ರಿಂದ _____ ರ
ಅವಧಿಯವರೆಗೆ ಕರ್ತವ್ಯಕ್ಕೆ ಗೈರುಹಾಜರಿಯಾಗಿರುತ್ತಾರೆ.

ಅಥವಾ

ಡಾ: _____, _____ (ಕಾರ್ಯನಿರತ ಸ್ಥಳ) _____
(ತಾಲ್ಲೂಕು) _____ (ಜಿಲ್ಲೆ) ಇವರು ತಮ್ಮ ಸೇವಾವಧಿಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಅನಧೀಕೃತ
ಗೈರುಹಾಜರಿಯಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ. ನೀಡಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯು ತಪ್ಪು ಎಂದು
ಕಂಡುಬಂದಲ್ಲಿ ಇಲಾಖೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಶಿಸ್ತುಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಬದ್ಧನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ/ಬದ್ಧಳಾಗಿರುತ್ತೇನೆ.

ವೈದ್ಯರ ಸಹಿ ಮತ್ತು ಮೊಹರು

ಮೇಲ್ಕಂಡ ವೈದ್ಯರ ಬಗ್ಗೆ ನೀಡಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ಸರಿಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ದೃಢೀಕರಿಸಿದೆ.

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು.ಕ.ಅಧಿಕಾರಿಗಳು

_____ ಜಿಲ್ಲೆ