



ನಿರ್ದೇಶಕರ ಕಾರ್ಯಾಲಯ, ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಂಸ್ಥೆ,
ಮಾಗಡಿ ರಸ್ತೆ, ಬೆಂಗಳೂರು-560 023.



ಟೆಲಿ ಫ್ಯಾಕ್ಸ್ : 080 - 23206125/6

E-mail : directorsihfw.bg@gmail.com

ಸಂಖ್ಯೆ: ರಾಆಸಂ/ಎಲ್‌ಹೆಚ್‌ವಿಟಿಸಿ/02/2017-18

ದಿನಾಂಕ: 16/08/2017

ಸುತ್ತೋಲೆ

ವಿಷಯ: ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರನ್ನು 6 ತಿಂಗಳ ಸೇವಾನಿರತ ಪದೋನ್ನತಿಯ ಹಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ ತರಬೇತಿಗಾಗಿ ನಿಯೋಜಿಸಲು ಅರ್ಜಿ ಆಹ್ವಾನಿಸಿರುವ ಬಗ್ಗೆ.

**** ** ***

ಅಕ್ಟೋಬರ್-2017ರಿಂದ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗಲಿರುವ 6 ತಿಂಗಳ ಸೇವಾನಿರತ ಪದೋನ್ನತಿಯ ಹಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ ತರಬೇತಿಗೆ ಸೇವಾನಿರತ ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರಿಂದ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಕರೆಯಲಾಗಿದೆ. ಹಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ ತರಬೇತಿ ಕೇಂದ್ರಗಳಾದ ರಾಮನಗರ, ಬೆಳಗಾವಿ, ಕಲಬುರಗಿ ಮತ್ತು ಮಂಗಳೂರು ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ 30 ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳಂತೆ ನಿಯೋಜಿಸಲಾಗುವುದು.

ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಲ್.ಸಿ. ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಉತ್ತೀರ್ಣರಾದ ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರನ್ನು ಅವರ ಸೇವಾ ಜ್ಯೇಷ್ಠತೆ ಹಾಗೂ ಒಪ್ಪಿಗೆಯ ಮೇರೆಗೆ ಭಾರತೀಯ ಶುಶ್ರೂಷಾ ಪರಿಷತ್ (ಐ.ಎನ್.ಸಿ.) ನೀಡಿರುವ ಪತ್ರಸಂಖ್ಯೆ: 13-01/76 ಐ.ಎನ್.ಸಿ. (ಭಾಗ-5) ದಿನಾಂಕ: 10/07/1985 ಹಾಗೂ ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ಪತ್ರಸಂಖ್ಯೆ: ಹೆಚ್.ಎಫ್.ಡಬ್ಲ್ಯು:143: ಎಂ.ಎಸ್.ಎನ್.89, ದಿನಾಂಕ: 28/07/1989ರ ಸೂಚನೆಗಳ ಪ್ರಕಾರ ತರಬೇತಿಗೆ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿ ನಿಯೋಜಿಸಲಾಗುವುದು. ತರಬೇತಿಯ ಅವಧಿಯ 6 ತಿಂಗಳು ತರಬೇತಿಯ ನಿವಾಸಿ ತರಬೇತಿಯಾಗಿರುವುದರಿಂದ ತರಬೇತಿ ಕೇಂದ್ರದ ವಸತಿಗೃಹದಲ್ಲಿಯೇ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ತಂಗಬೇಕಾಗುವುದು.

ಈ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳು ಮೇಲಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಮುಖಾಂತರ ಅಂದರೆ, ಬಟವಾಡೆ ಅಧಿಕಾರಿಗಳಿಂದ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ, ಕೇಳಿರುವ ದಾಖಲೆಗಳೊಂದಿಗೆ ನಕಲು ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಮೇಲಾಧಿಕಾರಿಗಳಿಂದ ಧೃಡೀಕರಿಸಿ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು. ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಸೇವಾ ಜ್ಯೇಷ್ಠತೆಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಮಾಡಲಾಗುವುದು. ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ/ಪಂಗಡದ ನೌಕರರು ಜಾತಿ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರವನ್ನು ಸೂಕ್ತ ಅಧಿಕಾರಿಗಳಿಂದ ಪಡೆದು ಸಲ್ಲಿಸುವುದು (ಈ ಹಿಂದೆ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ).

ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯು ತರಬೇತಿಗೆ ಹಾಜರಾಗುವ ಕಾಲಕ್ಕೆ ಗರ್ಭಿಣಿಯಾಗಿರಬಾರದು. ನಿಯೋಜಿಸಿರುವ ತರಬೇತಿ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಹಾಜರಾಗುವುದು. ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕೂ ತರಬೇತಿ ಕೇಂದ್ರದ ಬದಲಾವಣೆಗೆ ಅವಕಾಶವಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಮತ್ತು ತರಬೇತಿ ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ 08 ವರ್ಷಗಳ ಕನಿಷ್ಠ ಸೇವಾವಧಿ ಹೊಂದಿರುವಂತರಾಗಿರಬೇಕು.

ಪು.ತಿ.ನೋ

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು/ಜಿಲ್ಲಾ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಕರು ಈ ಅಧಿಕೃತ ಜ್ಞಾಪನಾ ಸುತ್ತೋಲೆಯನ್ನು ತಮ್ಮ ಅಧೀನಕ್ಕೆ ಒಳಪಡುವ ಎಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು/ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಹಾಗೂ ಇತರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರಿಗೆ ಈ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕಳುಹಿಸಲು ಸೂಚಿಸಲಾಗಿದೆ. ಸದರಿ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ನಿರ್ದೇಶಕರು, ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಂಸ್ಥೆ, 1ನೇ ಅಡ್ಡರಸ್ತೆ, ಮಾಗಡಿ ರಸ್ತೆ, ಬೆಂಗಳೂರು-560 023, ಇವರ ಕಛೇರಿಗೆ ದಿನಾಂಕ: 31/08/2017ರ ಒಳಗೆ ಸಲ್ಲಿಸುವುದು. ಆ ನಂತರ ಬರುವ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಅಪೂರ್ಣ ದಾಖಲಾತಿ ಸಲ್ಲಿಸಿರುವ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ತಿರಸ್ಕರಿಸಲಾಗುವುದು. ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆಗಳನ್ನು (ನಮೂನೆ 1 ಮತ್ತು 2) ಈ ಪತ್ರದೊಂದಿಗೆ ಲಗತ್ತಿಸಲಾಗಿದೆ.


ನಿರ್ದೇಶಕರು

ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ
ಸಂಸ್ಥೆ, ಬೆಂಗಳೂರು-560023

ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಮಾಹಿತಿ ಹಾಗೂ ಸೂಕ್ತ ಕ್ರಮಕ್ಕಾಗಿ:

1. ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು,..... ಜಿಲ್ಲೆ
2. ಜಿಲ್ಲಾ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಕರು, ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಜಿಲ್ಲೆ
3. ಆರ್.ಸಿ.ಹೆಚ್.ಓ/ಡಿ.ಪಿ.ಎಂ.ಓ. ಜಿಲ್ಲೆ
4. ತಾಲ್ಲೂಕು ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು, ತಾಲ್ಲೂಕು, ಜಿಲ್ಲೆ
5. ಜಿಲ್ಲಾ ಶುಶ್ರೂಷಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು, ಜಿಲ್ಲಾ ಆ.ಕು.ಕ. ಕಛೇರಿ, ಜಿಲ್ಲೆ
6. ಆರೋಗ್ಯ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು, ಮಹಾನಗರ ಪಾಲಿಕೆ, ಬೆಂಗಳೂರು/ಮೈಸೂರು/ಬೆಳಗಾವಿ/ಕಲಬುರಗಿ/
ಹುಬ್ಬಳ್ಳಿ/ಧಾರವಾಡ/ದಾವಣಗೆರೆ ಜಿಲ್ಲೆ.

ನಮೂನೆ-1

ಸೇವಾ ನಿರತ ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು ಪದೋನ್ನತಿ ತರಬೇತಿಗೆ (ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ ತರಬೇತಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸುವ ಸಮ್ಮತಿ ಪತ್ರ)

1	ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು (ಹೆಸರು ಬದಲಾವಣೆ ಮಾಡಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಸೂಕ್ತ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರದ ನಕಲನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸುವುದು)	
2	ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ವಯಸ್ಸು	
3	ಗಂಡ/ತಂದೆಯ ಹೆಸರು, ವಿಳಾಸ ಮತ್ತು ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ	
4	ಸೇವೆಗೆ ಸೇರಿದ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಹುದ್ದೆಯ ಹೆಸರು: (ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯಾಗಿ)	
5	ಸೇವಾ ನೇಮಕಾತಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ	
6	ಈಗ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ ಮತ್ತು ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ (ಸ್ಥಳ, ತಾಲ್ಲೂಕು, ಜಿಲ್ಲೆ ಮತ್ತು ಪಿನ್‌ಕೋಡ್ ನಮೂದಿಸುವುದು)	
7	ಸೇವಾ ಅವಧಿ (ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ)	
8	ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ	
9	ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ/ಪಂಗಡಕ್ಕೆ ಸೇರಿದವರೇ? ಹಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ಜಾತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸುವುದು.	
ಲಗತ್ತಿಸಬೇಕಾದ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರಗಳು (ದೃಢೀಕೃತ ಜೆರಾಕ್ಸ್ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸುವುದು)		
10	ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಲ್.ಸಿ. ತೇರ್ಗಡೆಯಾದ ಅಂಕಪಟ್ಟಿ	
11	ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿ ತರಬೇತಿಯಲ್ಲಿ ಉತ್ತೀರ್ಣರಾದ ಅಂಕಪಟ್ಟಿ (ಎ.ಎನ್.ಎಂ. ತರಬೇತಿ ಪಡೆದ ಅಂತಿಮಪರೀಕ್ಷೆ ಮೂಲ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ಮಾತ್ರ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುವುದು)	
12	ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಕರ್ನಾಟಕ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಕೌನ್ಸಿಲ್ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ	
13	ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ/ಪಂಗಡಕ್ಕೆ ಸೇರಿದವರಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಜಾತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸುವುದು.	

ಸ್ಥಳ:

ದಿನಾಂಕ:

ವಿಶೇಷ ಸೂಚನೆ:

- ಮೇಲಿನ ನಮೂನೆಯಂತೆ ಭರ್ತಿಮಾಡಿ, ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ದೃಢೀಕರಿಸಿ ಸಲ್ಲಿಸುವುದು.
- ಅರ್ಜಿಯೊಂದಿಗೆ ಕೇಳಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಲಭ್ಯವಿರಬೇಕು. ಇಲ್ಲದಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ತಿರಸ್ಕರಿಸಲಾಗುವುದು.

ನೌಕರರ ಸಹಿ ಮತ್ತು ಪದನಾಮ

ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಸ್ಥಳ

(ಸಂಸ್ಥೆಯ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು/ಬಟವಾಡೆ ಅಧಿಕಾರಿ/ನಿಯಂತ್ರಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಭರ್ತಿ ಮಾಡತಕ್ಕದ್ದು)

1	ನೌಕರರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಪದನಾಮ	
2	ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕ	
3	ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯಾಗಿ ಹುದ್ದೆಗೆ ನೇಮಕಾತಿಯಾದ ದಿನಾಂಕ	
4	ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಲ್.ಸಿ. ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಉತ್ತೀರ್ಣರಾಗಿರುವ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ ಲಗತ್ತಿಸಿದೆಯೇ?	
5	ನೌಕರರು ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸುವಾಗ 120 ದಿನಗಳಿಗಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚಿಗೆ ಅನಧಿಕೃತ ಗೈರು ಹಾಜರಿಯಲ್ಲಿರುವರೇ?	
6	ನೌಕರರು ಆಕೆಯ ಸೇವಾವಧಿಯಲ್ಲಿ ಯಾವಾಗಲಾದರೂ ಗೈರುಹಾಜರಿಯಲ್ಲಿದ್ದು ಮರು ನೇಮಕಗೊಂಡಿದ್ದರೆ, ಗೈರುಹಾಜರಿ ಅವಧಿ ಮತ್ತು ನೇಮಕಾತಿ ಆದೇಶದ ವಿವರಗಳನ್ನು ನಮೂದಿಸಿ.	
7	ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ/ಪಂಗಡದವರು ಜಾತಿ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರವನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ದೃಢೀಕರಿಸುವುದು.	
8	ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಬೇಕಾದಲ್ಲಿ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ತಮ್ಮ ಕಛೇರಿಯ ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ನೀಡುವುದು.	

ಸಂಸ್ಥೆಯ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು,
ಬಟವಾಡೆ ಅಧಿಕಾರಿಯ ಸಹಿ ಮತ್ತು ಮೊಹರು

ಸ್ಥಳ:
ದಿನಾಂಕ: