

उत्तराखण्ड लोक सेवकों के लिये वार्षिक स्थानान्तरण अधिनियम-2017 के अनुपालन में अधिशासी अभियन्ता (सिविल) के द्वारा अनुरोध के आधार पर प्राप्त आवेदन पत्र।

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र 0 सं 0	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	ग्रह जनपद/तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरियता क्रम में	एक्ट की धारा 17 (ख) के अनुसार अनुरोध का आधार: (साक्ष्यों सहित)		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	राजेश प्रताप सिंह	अधिशाली अभियन्ता (सिविल)	कार्यालय प्रमुख अभियन्ता एवं विभागाध्यक्ष, लोक निर्माण विभाग, यमुना कालोनी, देहरादून	चन्दौली/पंडित दीनदयाल उपाध्याय नगर (उ०प्र०)	1. निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, रुड़की। 2. अस्थाई खण्ड, लो०नि०वि०, सहिया 3. अस्थाई खण्ड, लो०नि०वि०, ऋषिकेश। 4. अस्थाई खण्ड, लो०नि०वि०, थत्थूड़। 5. निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, चम्बा। 6. निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, दुगड़डा। 7. अस्थाई खण्ड, लो०नि०वि०, कीर्तिनगर। 8. प्रान्तीय खण्ड, लो०नि०वि०, टिहरी।	धारा के नाम के आगे (Tick) लगाये ✓ धारा 17 (1) (ख) (एक) धारा 17 (1) (ख) (दो) धारा 17 (1) (ख) (तीन) धारा 17 (1) (ख) (चार) धारा 17 (1) (ख) (पाच) धारा 17 (1) (ख) (छः) ✓ धारा 17 (1) (ख) (सात)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण राज्य चिकित्सा परिषद द्वारा प्रदत्त प्रमाण पत्र की स्वप्रमाणित प्रतिलिपि (प्रतिलिपि संलग्न है) अतः मेरा स्थानान्तरण कॉलम 6 में से किसी एक खण्ड में करने की कृपा करें। प्रमाण पत्रों की स्वप्रमाणित (प्रतिलिपि संलग्न)।	क्वालिटी कंट्रोल की SOP जारी होने के उपरान्त मुझे भी कार्यों का निरीक्षण करने कुमायूँ मण्डल के सुदूर खण्डों में जाना पड़ेगा जिससे लम्बी यात्रा बैठक करने के कारण मेरे स्वास्थ्य पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ेगा रीढ़ की क्षति बढ़ सकती है। वर्तमान में भी पूरे समय कुर्सी पर बैठने के कारण रीढ़ का दर्द बढ़ रहा है तथा दायें पैर सुन्न हो रहा है। राज्य चिकित्सा परिषद ने Avoid Prolonged sitting and Prolyed walking की सलाह दी है। डा० के०पी० नवानी ने Avoid long Journey की सलाह दी है। अतः मेरा स्थानान्तरण कॉलम 6 में से किसी एक खण्ड में करने की कृपा करें। प्रमाण पत्रों की स्वप्रमाणित (प्रतिलिपि संलग्न)।

नोट:- कॉलम सं०-07 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

Rajesh Prataap

हस्ताक्षर (कार्मिक) 6/5/2023

नाम- इं० राजेश प्रताप सिंह

पदनाम- अधिशाली अभियन्ता

कार्यालय प्रमुख अभियन्ता एवं विभागाध्यक्ष

लोक निर्माण विभाग, यमुना कालोनी, देहरादून

हस्ताक्षर (कार्यालयध्यक्ष)

कार्यालय प्रमुख अभियन्ता एवं विभागाध्यक्ष

लोक निर्माण विभाग, उत्तराखण्ड

6/5/2023

(इं० निमी सिंह)

अधिशाली अभियन्ता

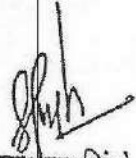
Kajal Bhatia

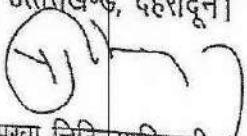
हस्ताक्षर प्रमाणित,
श्री राजेश प्रताप सिंह

मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव,
राज्य चिकित्सा परिषद्,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

दिनांक 17.05.2018 को राज्य चिकित्सा परिषद् उत्तराखण्ड देहरादून की बैठक मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव के कार्यालय कक्ष में सम्पन्न हुयी, जिसमें श्री राजेश प्रताप सिंह, आयु लगभग 43 वर्ष के स्वास्थ्य परीक्षण हेतु प्रकरण महानिदेशक, चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड, देहरादून के पत्र संख्या-19प/8/188/2018/11249 दिनांक 15.05.2018 द्वारा प्राप्त हुआ। संदर्भित पत्र के अनुपालन में श्री राजेश प्रताप सिंह राज्य चिकित्सा परिषद् के सम्मुख स्वास्थ्य परीक्षण हेतु उपस्थित हुए।

राज्य चिकित्सा परिषद् के सदस्यों एवं सम्बन्धित बीमारी विशेषज्ञ चिकित्सक द्वारा श्री राजेश प्रताप सिंह का स्वास्थ्य परीक्षण किया गया और परीक्षणोपरान्त उन्हें Cause of Lower backache
Cause lumbar Radiculopathy L2-3, L3-4
Avoid prolonged sitting and prolonged walking
पाया गया।

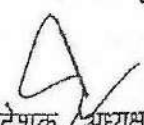

(डा० एस०एन० सिंह)
आर्थोसर्जन/सदस्य,
राज्य चिकित्सा परिषद्,
उत्तराखण्ड, देहरादून।


मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव,
राज्य चिकित्सा परिषद्,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

25/5/2018
Kajal Bhatia 24/5/2023

राजेश प्रताप सिंह
अध्यापक/अभियन्ता


(डा० राजकेश पाण्डेय)
नेत्र सर्जन/सदस्य,
राज्य चिकित्सा परिषद्,
उत्तराखण्ड, देहरादून।


महानिदेशक/अध्यक्ष,
राज्य चिकित्सा परिषद्,
उत्तराखण्ड, देहरादून।



PAIN CLINIC

कृपया ध्यान दें : पेन क्लीनिक के लिए 10 से 2 मजो तक नाम लिखें जहाँ से।

Save 10% of your monthly income for your medical treatment

कृपया आने से दो दिन पहले नम्बर अवश्य लगवाएँ

पता: 232, इन्द्र नगर, देहरादून
फोन: 0135-2720750, 2720751
मोबा: 9837093206
9750354687

Clinic For Treatment of Neurogenic Pains, (Sciatica, Backache (Slip-Disc), Trigeminal, Post-herpetic, Bone -Joints, Muscular, Migrale and cancer Pains.

PROF. D.P. NAWANI

- M.B.B.S., M.D. (LKO)
- MEM. INTERNATIONAL ASSO. OF STUDY FOR PAIN (U.S.A.) / IASP
- FORMERLY PROF. & CHIEF CONSULTANT 'PAIN CLINIC' MEDICA COLLEGE, KANPUR (U.P.)
- FORMERLY HON. PROF. AND CHIEF CONSULTANT 'PAIN CLINIC' HIMALAYAN INSTITUTE, DEHRADUN

Dr. Umesh Chandra Joshi

- M.B.B.S., D.A., F.I.C.C.M. (Apolo)
- FORMERLY - L.N.J.P. HOSPITAL, NEW DELHI
- H.M.S. JOLLY GRANT, DEHRADUN
- S.G.R.M.C. & H.S. DEHRADUN
- SEEMA DENTAL COLLEGE

CONSULTANT PAIN PHYSICIAN

Date 11.5.18

Referred by Dr.

Occupation

Patient's Name Sri R.P. Singh

Address Munsiyga Age/Sex 42/M

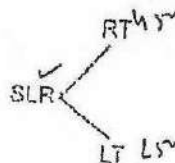
Present Complaints

Lower limb Pains.

Description of Pain and findings

- Duration of Pain Since 2013
- Site of Pain
- Type of Pain

- ✓ Sharpe
- Dull Aching
- Burning
- Spasmodic
- Pricking



- ✓ Tingling & Numbness
- Pain continuous/intermittent/momentary
- Does Pain disturb night / daily activities
- Neurological Deficit No/Yes

Relevant past history /

Associated diseases Taky in indra nag. in 2011 & 2016

Investigations MRI L5 (2016) : L5/S1, L4/S1

Diagnosis

Lum. Sci. Syndrome

23/05/18
Rajesh Bhatia 24/4/2023

Anterior Posterior



Morning 10.30 - 2.30 P.M.

Doon Nursing Home, Haridwar Road (Monday to Sat. Day)

WORKING PLACES

Evening: 6.30 - 8.00 P.M. (Residence) Saturday Off

Sunday 12.00 P.M. - 2.00 P.M.

232, Indira Nagar Colony (Behind Shiv Mandir)

P.O. New Forest, Dehradun (U.K.), INDIA

(Mailing 2nd. Also) Mob: 7846767702, Ph: 0135-2762424

(SUNDAY AND EVENING STRICTLY BY PRIOR APPOINTMENTS ONLY)

रविवार को पेन क्लिनिक बन्द रहता है।
 निम्नलिखित कोई दवा 'रिएक्शन' करे तो तुरन्त बंद कर दे।
 कृपया अगले इंजेक्शन के लिये पहले टेलीफोन पर समय लें।

11.5.19

Examination on 20.4

Her father 20.4

Eligible 20.4

Calcimex 100 mg x 7 days

Neo-nalox. NR. B) x 7 days

Nerve max. 100 mg x 7 days

To follow up visits
 attend

Avoid long journey

23.5.19

C. I. I. for 7 days

22/5/2019
 Rajesh Pratap Singh 24/9/2023

राजेश प्रताप सिंह
 अधिशासी अभियन्ता

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र० सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद / तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरियता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया जा रहा है	टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8
1	श्री दीपक कुमार	अधिशाली अभियंता (सिविल)	निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, पुरोला	बाराबंकी / नबावगंज (उत्तर प्रदेश)	1. प्रान्तीय खण्ड, लो०नि०वि०, देहरादून। 2. निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, रुड़की। 3. अस्थई खण्ड, लो०नि०वि० सहिया। 4. निर्माण खण्ड, लो०नि०वि० चम्बा।	धारा के नाम के आगे ✓ लगाये ☒ धारा 17 (1) (ख) (एक) ☐ धारा 17 (1) (ख) (दो) ☐ धारा 17 (1) (ख) (तीन) ☐ धारा 17 (1) (ख) (चार) ☐ धारा 17 (1) (ख) (पांच) ☐ धारा 17 (1) (ख) (छः) ☐ धारा 17 (1) (ख) (सात) प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण स्वप्रमाणित विकलांगता प्रमाण पत्र की छाया प्रति।	प्रार्थी एक विकलांग व्यक्ति है एवं विकलांगता 40 प्रतिशत से अधिक है। वर्तमान कार्यक्षेत्र अतिदुर्गम एवं आपदा की दृष्टि से अतिसंवेदनशील क्षेत्र होने के कारण प्रार्थी को अत्यधिक कठिनाईयों का सामना करना पड़ता है। दुर्गम क्षेत्र में प्रार्थी की सेवा 11 वर्ष से अधिक पूर्ण हो चुकी है।

हस्ताक्षर (कार्मिक

नाम -

पदनाम -

21/5/2023

इ० दीपक कुमार

अधिशाली अभियंता (सिविल)

निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, पुरोला

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)

नाम -

पदनाम -

21/5/2023

इ० दीपक कुमार

अधिशाली अभियंता

निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, पुरोला

Construction Division

Parela (Uttarkashi)

कार्यालय मुख्य चिकित्सा अधिकारी बाराबंकी

क्रमांक 612 दिनांक 11/9-6-99

दिनांक 11/9-6-99

प्रमाणित किया जाता है कि दीपक कुमार

पुत्र/पत्नी श्री अमर सिंह

आयु लगभग 22 वर्ष

निवासी घर बरहारा पाना अहागिरिया हामान कालिका रोड बाराबंकी

बाराबंकी का परीक्षण जिला चिकित्सालय बाराबंकी के हड्डी रोग, नेत्र विशेषज्ञ एवं फिजियोथेरेपी द्वारा कराई गई।

परीक्षणपरामर्श श्री/श्रीमती दीपक कुमार

Post traumatic rupture Rt arm

75%

रोग से ग्रसित पाया गया / गयी / वह शासनादेश संख्या ए/ 20-92 कार्याम-2 दिनांक 20-4-96 के अनुसार शारीरिक रूप से विकलांग की श्रेणी में जाते हैं / जाती है।

- 1- हड्डी रोग विशेषज्ञ
 - 2- नेत्र रोग विशेषज्ञ
- जिला नस्पताब बाराबंकी

मुख्य चिकित्सा अधिकारी

मुख्य चिकित्सा अधिकारी बाराबंकी

दीपक कुमार
ह.एल.डी.ओ.आर.डी.ओ.आई.
प्रमाणित



मुख्य चिकित्सा अधिकारी

मुख्य चिकित्सा अधिकारी बाराबंकी

Self Attestation signatures and stamps at the bottom of the document.

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र०सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरियता क्रम में	एक्ट के धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	एम० सी० तिवारी	अधिशाली अभियन्ता	प्रा०ख०, लो०नि०वि०, पिथौरागढ़।	अल्मोड़ा / रानीखेत।	1.मु०अ० कार्यालय हल्द्वानी। 2.अ०,ख० भवाली।	धारा के नाम के आगे लगाये	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण	1-महोदय दि०.30.06.2024 को मेरी सेवानिवृत्त होनी है। उक्त धारा के अन्तर्गत में स्थानान्तरण का पात्र हूँ। 2-मेरी पत्नी श्रीमती शोभा तिवारी, seizure Disorder मिर्गी नामक रोगी एवं लाइलाज रोग से ग्रस्त है। जिनका पूर्व में अखिल भारतीय आधुनिक संस्थान, नई दिल्ली के हृदय एवं तंत्रिका विभाग में उपचार चल रहा था। रोग से सम्बन्ध में अ०भा०आ०सं० नई दिल्ली का चिकित्सा प्रमाण-पत्र भी संलग्न है। कोरोना विमारी के दौरान नई दिल्ली में न जा पाने की स्थिति में वर्तमान में अ०भा०आ०सं० नई दिल्ली के द्वारा सुझाये गये उपचारों के अनुसार हल्द्वानी में ही उपचार की चिकित्सालयों में आवश्यकता पड़ने पर उनका उपचार किया जाता है। चूंकि यह विमारी कभी भी पूर्णतः ठीक हो पानी सम्भव नहीं है एवं अचानक अस्वस्थता की दशा में उन्हें नजदीकी चिकित्सालय में उपचार हेतु ले जाना पड़ता है। अतः अनुरोध है कि उपरोक्त परिस्थितियों को देखते हुए मेरा स्थानान्तरण तालिका के क्रमांक सं०.6 में अंकित किसी एक कार्यालय में करने की कृपा करें। संलग्न 1. अ०भा०आ०सं० नई दिल्ली द्वारा जारी चिकित्सा प्रमाण-पत्र। 2.चिकित्सा प्रमाण-पत्र में उल्लेखित रोग seizure Disorder तथा एक्ट में उल्लेखित रोग मिर्गी के एक ही रोग होने के सम्बन्ध में गृहल में परिणामों की प्रतियाँ।
					3.नि०ख० हल्द्वानी। 4.नि०ख०, रामनगर। 5.प्रा०ख०, नैनीताल। 6.प्रा०ख०, रुद्रपुर। 7.नि०ख०, नैनीताल। 8.नि०ख०, काशीपुर। 9.नि०ख०, छटीगा।	☐ धारा 17(1) (ख) (दो) ☐ धारा 17(1) (ख) (तीन) ☐ धारा 17(1) (ख) (चार) ☒ धारा 17(1) (ख) (पांच) ☐ धारा 17(1) (ख) (छ) ☐ धारा 17(1) (ख) (सात)	 संलग्न 	

नोट:- कॉलम संख्या-07 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्यिक)
नाम:-इं० एम० सी० तिवारी।
पदनाम:-अधिशाली अभियन्ता

हस्ताक्षर (आवश्यक)
नाम:-इं० एम० सी० तिवारी।
पदनाम:-अधिशाली अभियन्ता

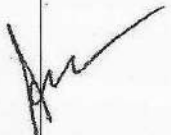


DEPARTMENT OF NEUROLOGY
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES
ANSARI NAGAR, NEW DELHI-29

26-02-2018

TO WHOM SO EVER IT MAY CONCERN,

This is to certify that Shobha Tiwari 48 years female W/o Mohan Chandra Tiwari vide 17731/16 UHID No.-102114772 is suffering from Seizure Disorder and is under my treatment since 12/8/2016.


Prof. Achal Kumar Srivastava
In-charge of Clinical Neurophysiology Lab
Department of Neurology
N. S. Centre
AIIMS
New Delh-110029



डॉ. अंचल कु. श्रीवास्तव
DR. ACHAL K. SRIVASTAVA
आचार्य / Professor

तंत्रिका विज्ञान विभाग / Deptt. of Neurology
तंत्रिका विज्ञान केंद्र / Neuro Science Centre
आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली / AIIMS, New Delhi-29
Reg. No. DMC-34748

Self attested
29/4/23
(Mohan Chandra Tiwari)

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र० सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरियता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	श्री जगदीश सिंह	अधिशाली अभियन्ता	अ०ख०, लो०नि०वि०, घनसाली	जनपद-चमोली, तहसील-चमोली।	विभागाध्यक्ष कार्यालय, लो०नि०वि०, देहरादून। मुख्य अभियन्ता, रा०मा०ख०, लो०नि०वि०, देहरादून। क्षेत्रीय कार्यालय, लो०नि०वि०, देहरादून। अन्वेषण सेल, देहरादून।	धाराओं के नाम ☒ धारा 17(1) (ख) (एक) ☐ धारा 17(1) (ख) (दो) ☐ धारा 17(1) (ख) (तीन) ☐ धारा 17(1) (ख) (चार) ☐ धारा 17(1) (ख) (पांच) ☐ धारा 17(1) (ख) (छः) ☐ धारा 17(1) (ख) (सात)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण	

हस्ताक्षर (कार्मिक)

नाम :- इं० जगदीश सिंह

पदनाम :- अधिशाली अभियन्ता, अ०ख०, लो०नि०वि०, घनसाली।

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)

नाम :- इं० जगदीश सिंह

पदनाम :- अधिशाली अभियन्ता, अ०ख०, लो०नि०वि०, घनसाली।

अधिशाली अभियन्ता

अस्वाइ खण्ड, लो० नि० वि०

घनसाली (द० ग०)

6:24 pm (15/may/2023)

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र.सं.	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वसियता कम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	विशाल शर्मा	अ.प्र. अधिकारी	श्री. प्रमुख अभियंता एवं विभागाध्यक्ष	मुजफ्फरनगर (3050)	क्षेत्र कार्यालय (1) देहरादून (2) क्षेत्र कार्यालय शिमला	☒ धारा 17(1) (ख) (एक) ☐ धारा 17(1) (ख) (दो) ☐ धारा 17(1) (ख) (तीन) ☐ धारा 17(1) (ख) (चार) ☐ धारा 17(1) (ख) (पांच) ☐ धारा 17(1) (ख) (छ) ☐ धारा 17(1) (ख) (सात)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण स्वयं का मेडिकल बोर्ड का प्रमाण पत्र	

नोट:- कॉलम संख्या-07 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्मिक)

नाम- विशाल शर्मा
पदनाम- अ.प्र. अधिकारी

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)

नाम- मुख्य अभियंता (नियोजन)
पदनाम- लोक निर्माण विभाग, देहरादून

SCAN

AnyScanner

हस्ताक्षर प्रमाणित।

श्री विशाल शर्मा

मुख्य चिकित्साधिकारी / सचिव

राज्य चिकित्सा परिषद

उत्तराखण्ड, देहरादून।

दिनांक 04.09.2014 को राज्य चिकित्सा परिषद उत्तराखण्ड देहरादून की बैठक मुख्य चिकित्साधिकारी / सचिव के कार्यालय कक्ष में सम्पन्न हुयी, जिसमें श्री विशाल शर्मा के स्वास्थ्य परीक्षण हेतु प्रकरण महानिदेशक, चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड, देहरादून के पत्र संख्या 19प/8/342/2014/23101 दिनांक 20.08.2014 के माध्यम से प्राप्त हुआ। संदर्भित पत्र के अनुपालन में श्री विशाल शर्मा राज्य चिकित्सा परिषद के सम्मुख द्वितीय राय हेतु उपस्थित हुए।

राज्य चिकित्सा परिषद के सदस्यों एवं सम्बन्धित बीमारी विशेषज्ञ चिकित्सक द्वारा श्री विशाल शर्मा का स्वास्थ्य परीक्षण किया गया और परीक्षणोपरान्त उन्हें वर्तमान में

*free of compression from D11, D12 & disc degeneration
at D11, D12, D13 and advised to avoid exertion*

पाया गया।

आर्थोसर्जन / सदस्य
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

मुख्य चिकित्साधिकारी / सचिव,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

नेत्र सर्जन / सदस्य
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

महानिदेशक / अध्यक्ष
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

Medical Certificate

This is to be certified that Mr. Vishal Sharma age about 36 years S/o Sh. S.C. Sharma R/o Temporary Division, P.W.D. Thatyur, Tehri Garhwal has been suffering from compression fracture D11, D12 with disc degeneration at D10 -D11, D11-D12. He is advised to avoid upstairs walking, strenuous work and flexion to dorsolumbar spine.

Date: 04 September, 2014


Signature of Sh. Vishal Sharma
Attested.


(Dr. Y.S. Thapliyal),
Sr. Orthopedic Surgeon,
Doon Hospital, Dehradun.


Dr. Y.S. Thapliyal
Sr. Orthopedic Surgeon
Doon Hospital, Dehradun


मुख्य चिकित्सा अधिकारी
देहरादून

अनुशेष के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र.सं.	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/तहसील का नाम	स्थानांतरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान सविद्यता क्रम में	एवं की घारा जिसके अन्तर्गत अनुशेष किया गया है।		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	श्री आरपी नैथानी	अधिशारी अभियन्ता	अस्थाई खण्ड, लोडिंग/डिडि बैरीनाग	टिहरी/बनसाली	1 निर्माण खण्ड, लोडिंग/डिडि बन्ना	घारा के नाम के आगे ✓ लगाये	प्रस्तुत सम्पत्ती का विवरण	मेरे father को सिंगल 2 वर्ष से अधिक समय से spinal cord disorder तथा Parkinson disease जैसी प्रमुख बीमारी है तथा वे चलने-फिरने, उठने-बैठने में बहुत असमर्थ हैं।
					2 अस्थाई खण्ड, लोडिंग/डिडि बन्ना	☐ घारा 17(1) (ख) (एक)	संलग्न हैं।	
					3 अस्थाई खण्ड, लोडिंग/डिडि बन्ना	☒ घारा 17(1) (ख) (दो)		
					4 निर्माण खण्ड, लोडिंग/डिडि बन्ना	☐ घारा 17(1) (ख) (तीन)		
					5 प्रान्तीय खण्ड, लोडिंग/डिडि कर्णप्रयाग	☐ घारा 17(1) (ख) (चार)		
					6 प्रान्तीय खण्ड, लोडिंग/डिडि लक्ष्मप्रयाग	☐ घारा 17(1) (ख) (पांच)		
					7 निर्माण खण्ड, लोडिंग/डिडि गोरख	☐ घारा 17(1) (ख) (छ)		
					8 उतरवारी चिन्मालीसौं	☐ घारा 17(1) (ख) (सात)		

हस्ताक्षर (कार्मिक)

नाम-

पदनाम-

श्री आरपी नैथानी

अधिशारी अभियन्ता

हस्ताक्षर (आयुक्त/अधीक्षक)

नाम- आरपी नैथानी

पदनाम- अधिशारी अभियन्ता (बैरीनाग)

OK

Dr. Rohitash Sharma
M.D. (Medicine) D.M. (Neurology)
U.K.M.C. Regd No. - 4005

"MAA KRIPA" 34, East Canal Road,
Dehradun-248001 (U.K.)

Age: 2-3 yrs
progressive slowness and walking difficulty.
Tremor (+) pred @ LL.
Fixed posture

o/c - Hypomimic.
Truncal flexion (+) on sitting and standing.
Can be done straight.
Cogwheeling and Brachy mild.
FNI (+)

Lakhi Ram

784/01

19/03/22

MRI: multilevel lumbar disc
disease.
Cervical cord comp & signal
change

R

Tab Syndopa plus 1/2 TDS $\angle \frac{1}{2}$

- Tab Pramipex 0.125mg 1 TDS $\leftarrow$

- Cap Ecosprin 75 TS 1 HS $\rightarrow$ (20)

x 1 month
Dr. Rohitash

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

19 (May) 5:44 pm

क्र० सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद / तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरियता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है।		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	दिनेश प्रसाद आर्य	अधिशारी अभियन्ता	अस्थाई खण्ड, लो०नि०वि०, श्रीनगर, मुख्यालय- कीर्तिनगर	चम्पावत / लोहाघाट	अस्थाई खण्ड, लो०नि०वि० श्रीनगर, मुख्यालय- कीर्तिनगर	धारा के नाम के आगे ✓ लगाये ☐ धारा 17(1) (ख) (एक) ☐ धारा 17(1) (ख) (दो) ☐ धारा 17(1) (ख) (तीन) ☐ धारा 17(1) (ख) (चार) ☒ धारा 17(1) (ख) (पाँच) ☐ धारा 17(1) (ख) (छः) ☐ धारा 17(1) (ख) (सात)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण	महोदय, प्रार्थी को इस खण्ड में मात्र 02 वर्ष 05 माह ही हुआ है एवं प्रार्थी अभी स्थानान्तरण का इच्छुक नहीं है। वर्तमान में प्रार्थी की उम्र 57 वर्ष 04 माह हो गई है। अतः निवेदन है कि मुझे अस्थाई खण्ड लो०नि०वि० श्रीनगर, मुख्यालय- कीर्तिनगर में ही रहने दिया जाय।

हस्ताक्षर (कार्मिक)

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)

02 नाम - दिनेश प्रसाद आर्य
 पदनाम - अधिशारी अभियन्ता
 अ०ख० लो०नि०वि० श्रीनगर,
 मुख्यालय- कीर्तिनगर

नाम - दिनेश प्रसाद आर्य
 पदनाम - अधिशारी अभियन्ता
 अ०ख० लो०नि०वि० श्रीनगर,
 मुख्यालय- कीर्तिनगर

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र० सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरियता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	पुष्कर चन्द्र पन्त	अधिकासी अभियन्ता	क्षेत्रीय कार्यालय लो०नि०वि० अल्मोड़ा	अल्मोड़ा/रानीखेत	मुख्य अभियन्ता कार्यालय लो०नि०वि० हल्द्वानी	धारा के नाम के आगे ✓ ☐ धारा 17(1) (ख) (एक) ☐ धारा 17(1) (ख) (दो) ☐ धारा 17(1) (ख) (तीन) ☐ धारा 17(1) (ख) (चार) ☒ धारा 17(1) (ख) (पांच) ☐ धारा 17(1) (ख) (छः) ☐ धारा 17(1) (ख) (सात)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण वरिष्ठ कार्मिक	मेरी सेवानिवृत्ति में मात्र 11 माह अवशेष रह गया है। अतः निवेदन है कि मेरा स्थानान्तरण मुख्य अभियन्ता कार्यालय हल्द्वानी करने की कृपा करें।

नोट:- कॉलम संख्या-07 में दर्शाये गये आधार पर के सम्बन्ध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्मिक)

[Signature]
04/05/2023

नाम- पुष्कर चन्द्र पन्त
पदनाम- अधिकासी अभियन्ता
कार्यालय मुख्य अभियन्ता
लो०नि०वि०, अल्मोड़ा

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)

नाम-
पदनाम-

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र. सं.	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/ तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरियता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है		टिप्पणी
						7	8	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
				द		धारा के नाम के आगे सही लगायें	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण	
1	संजीव राठी	अधिशाली अभियन्ता	निर्माण खण्ड लो0नि0वि0, अस्कोट	पीलीभीत / उत्तर प्रदेश	निर्माण खण्ड लो0नि0वि0 रुड़की प्रा0 खण्ड लो0नि0वि0 देहरादून निर्माण खण्ड लो0नि0वि0 खटीमा निर्माण खण्ड (ए0डी0बी0) रुद्रपुर निर्माण खण्ड लो0नि0वि0 चम्बा अस्थाई खण्ड लो0नि0वि0 चकराता	☒ धारा 17(1) (ख) (पॉथ)	-	अनुरोध के आधार पर दुर्गम से सुगम में स्थानान्तरण आवेदन किया जा रहा है। क्योंकि :- 1- दुर्गम क्षेत्र में 22 वर्ष 3 माह 20 दिन की सेवा के उपरान्त भी आवेदक वर्तमान में सीमान्त दुर्गम क्षेत्र में ही कार्यरत है। जबकि अधिशाली अभियन्ता (सिविल) दुर्गम से सुगम हेतु अनिवार्य स्थानान्तरण पात्रता सूची में भी नाम सम्मिलित है। 2- आवेदक वरिष्ठ कार्मिक के श्रेणी के अन्तर्गत ही आता है।

OK


हस्ताक्षर (कार्मिक)

नाम- संजीव राठी
पदनाम- अधिशाली अभियन्ता


हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)

नाम- संजीव राठी
पदनाम- अधिशाली अभियन्ता

अनुरोध के आधार पर आवदेन करने का प्रारूप -2

क्रम संख्या	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद / तहसील का नाम	स्थानांतरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरीयता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अंतर्गत अनुरोध किया गया है	टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8
						धारा के नाम के आगे लगाये	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण
1	संजय पंत	अधिरासी	कार्यालय, प्रमुख अभियंता एवं विभागाध्यक्ष, लोक निर्माण विभाग, उत्तराखंड, देहरादून।	टिहरी/ टिहरी	1. मुख्य अभियंता क्षेत्रीय कार्यालय देहरादून	☐ धारा 17 (1) (ख) (एक)	
					2. मुख्य अभियंता रा0 मा0 कार्यालय देहरादून	☐ धारा 17 (1) (ख) (दो)	
						☐ धारा 17 (1) (ख) (तीन)	
						☐ धारा 17 (1) (ख) (चार)	
						☒ धारा 17 (1) (ख) (पांच)	अभिलेखों के आधार पर प्राप्ति की जन्मतिथि 30/01/1965 है
						☐ धारा 17 (1) (ख) (छः)	वर्तमान में प्राप्ति की उम्र 58 वर्ष से अधिक है
						☐ धारा 17 (1) (ख) (सात)	

नोट:- कॉलम संख्या -07 में दर्शाये गये के आधार के सम्बन्ध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्मिक)



नाम- संजय पंत

पदनाम- अधिरासी अभियंता (सिविल)

हस्ताक्षर (कार्यालयीय)

 24/5/2023

नाम-

पदनाम-

(अधिरासी अभियंता)
कार्यालय प्रमुख अभियंता एवं विभागाध्यक्ष
लोक निर्माण विभाग, देहरादून

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र० सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद / तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरियता कम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	इ. राजबुधन तिवारी	अध्यायी अभियन्ता	पुष्कर अभियंता विभाग, कागल थर देहरादून	उत्तराखण्ड - लाँदा (उ.प्र.)	① प्रा. वन. देहरादून ② अ. वन. देहरादून ③ सी. जी. चाना ④ टी. जी. मल्होत्रा ⑤ स. एन. जे. बाला ⑥ टी. जी. साहिवा ⑦ सी. जी. गे. दे. नगर ⑧ टी. जी. मल्होत्रा ⑨ सी. जी. रुक्मी ⑩ सी. जी. लम्हर	धारा के नाम के आगे ✓ लगाये ☐ धारा 17(1) (ख) (एक) ☐ धारा 17(1) (ख) (दो) ☐ धारा 17(1) (ख) (तीन) ☐ धारा 17(1) (ख) (चार) ☒ धारा 17(1) (ख) (पांच) ☐ धारा 17(1) (ख) (छः) ☐ धारा 17(1) (ख) (सात)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण वरिष्ठ नगरिक / कार्मिक	

नोट- कॉलम संख्या-07 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्मिक) 15/05/23

नाम- राजबुधन तिवारी

पदनाम- अध्यायी अभियन्ता

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)

नाम-

पदनाम-

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र०सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वसियता कम में	एक्ट के द्वारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	एम० सी० तिवारी	अधिरासी अभियन्ता	प्रा०ख०, लो०नि०वि०, पिथौरागढ़।	अल्मोड़ा / रानीखेत।	1.मु०ख० कार्यालय इल्हासी।	द्वारा के नाम के आगे लगाये	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण	1-महोदय दि०.30.08.2024 को मेरी सेवानिवृत्त होनी है। उक्त द्वारा के अन्तर्गत में स्थानान्तरण का प्राप्त है। 2-मेरी पत्नी श्रीमती सोमा तिवारी, seizure Disorder :मिर्गी नामक रोगी एवं साइलाज रोग से ग्रस्त है। जिनका पूर्व में अखिल भारतीय आयुर्वेदिक संस्थान, नई दिल्ली के हृदय एवं तंत्रिका विभाग में उपचार चल रहा था। रोग से सम्बन्ध में अ०मा०आ०सं० नई दिल्ली का चिकित्सा प्रमाण-पत्र भी संलग्न है। कोरोना महामारी के दौरान नई दिल्ली में न जा पाने की स्थिति में वर्तमान में अ०मा०आ०सं० नई दिल्ली के द्वारा सुझाये गये उपचारों के अनुसार इल्हासी में ही नजदीकी चिकित्सालयों में आवश्यकता पड़ने पर छुटका उपचार किया जाता है। चूंकि यह बिमारी कभी भी पूर्णतः ठीक हो पानी सम्भव नहीं है एवं अग्रानक अवस्थता की दशा में उन्हें नजदीकी चिकित्सालय में उपचार हेतु ले जाना पड़ता है। अतः अनुरोध है कि उपरोक्त परिस्थितियों को देखते हुए मेरा स्थानान्तरण तालिका के क्रमांक सं०.6 में अंकित किसी एक कार्यालय में करने की कृपा करें। संलग्न 1. अ०मा०आ०सं० नई दिल्ली द्वारा जारी चिकित्सा प्रमाण-पत्र। 2.चिकित्सा प्रमाण-पत्र में उल्लेखित रोग seizure Disorder तथा एक्ट में उल्लेखित रोग मिर्गी के एक ही रोग होने के सम्बन्ध में गृहल में परिणामों की प्रतियाँ।
					2.अ०,ख० नवाली।	☒	द्वारा 17(1) (ख) (एक)	संलग्न चिकित्सा प्रमाण पत्र seizure Disorder के एक्ट में उल्लेखित रोग मिर्गी एक ही होने का गृहल परिणाम की प्रति।
					3.नि०ख० इल्हासी।	☐	द्वारा 17(1) (ख) (दो)	
					4.नि०ख०, रामनगर।	☐	द्वारा 17(1) (ख) (तीन)	
					5.प्रा०ख०, नैनीताल।	☐	द्वारा 17(1) (ख) (चार)	
					6.प्रा०ख०, रुद्रपुर।	☒	द्वारा 17(1) (ख) (पांच)	संलग्न
					7.नि०ख०, नैनीताल।	☐	द्वारा 17(1) (ख) (छ)	
					8.नि०ख०, काशीपुर।	☐	द्वारा 17(1) (ख) (सात)	
					9.नि०ख०, खटीमा।			

नोट- कॉलम संख्या-07 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित जायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्यिक)
 नाम-इ० एम० सी० तिवारी।
 पदनाम-अधिरासी अभियन्ता

हस्ताक्षर (प्रशासकीय)
 पदनाम-अधिरासी अभियन्ता
 नाम-इ० एम० सी० तिवारी।
 पदनाम-अधिरासी अभियन्ता

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने हेतु

क्र. सं.	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरियता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है	टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8
1	श्री परमेश सिंह नेगी	अधिकासी अभियन्ता	निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0, चम्बा	डीडीहाट (पिथौरागढ़)	1. अस्थाई खण्ड, लो0नि0वि0, भवाली। 2. निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0, रानीखेत। 3. प्रान्तीय खण्ड, लो0नि0वि0, अल्मोड़ा। 4. निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0, अल्मोड़ा। 5. प्रान्तीय खण्ड, लो0नि0वि0, कर्णप्रयाग। 6. कार्यालय मुख्य अभियन्ता, लो0नि0वि0, अल्मोड़ा।	धारा के नाम के आगे ✓ लगाये धारा 17(1) (ख) (एक) धारा 17(1) (ख) (दो) धारा 17(1) (ख) (तीन) धारा 17(1) (ख) (चार) धारा 17(1) (ख) (पाँच) ✓ धारा 17(1) (ख) (छ) धारा 17(1) (ख) (सात)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण 59 वर्ष की आयु पूर्ण होने के उपरान्त स्थानान्तरण हेतु आवेदन किया गया।

हस्ताक्षर (कार्मिक)

नाम :-

पदनाम :-

परमेश सिंह नेगी
31/5/23

अधिकासी अभियन्ता

परमेश सिंह नेगी
31/5/23
अधिकासी अभियन्ता
निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0
चम्बा (वि0नि0)

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र.सं.	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद / तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु ऐच्छिक स्थान (10 नं०) वरीयता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है		टिप्पणी
1	2	3	4	5	7	6		8
1	जगदीश प्रसाद	अधिशाली अभियन्ता	प्रा०ख०, डीडीहाट	चमोली / थराली	(1) अ०ख०, कीर्तिनगर	धारा के नाम के आगे ✓ लगाये	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण	—
					(2) नि०ख०, चम्बा	☐ धारा 17(1) (ख) (एक)	—	—
					(3) अ०ख०, चकराता	☐ धारा 17(1) (ख) (दो)	—	—
					(4) अ०ख०, सहिया	☐ धारा 17(1) (ख) (तीन)	—	—
					(5) प्रा०ख०, लैन्सडौन	☐ धारा 17(1) (ख) (चार)	—	—
					(6) नि०ख०, पाबो	☐ धारा 17(1) (ख) (पाँच)	—	—
					(7) प्रा०ख०, रुद्रप्रयाग	☒ धारा 17(1) (ख) (छः)	प्रार्थना पत्र संलग्न।	—
						☐ धारा 17(1) (ख) (सात)	—	—

हस्ताक्षर (कार्मिक)

२


03/05/23

(इ० जगदीश प्रसाद)
अधिशाली अभियन्ता
प्रा०ख०, लो०नि०वि० डीडीहाट

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)


03/05/23

(इ० जगदीश प्रसाद)
अधिशाली अभियन्ता
प्रा०ख०, लो०नि०वि० डीडीहाट

20 May (11:32)

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

पत्रांक:- 699/34 व्यक-स्थाना0-सा0/2023 दि. 18.05.2023 हेतु संशोधित विकल्प पत्र

क्र. सं.	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरीयता क्रम में	एक्ट की धारा 17 (ख) के अनुसार अनुरोध का आधार (साक्ष्यों सहित)		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	इ. सुनील कुमार	अधिशारी अभियन्ता	निर्माण खण्ड लो.नि.वि. गैरसैण	देहरादून / देहरादून	क्षेत्रीय कार्यालय मुख्य अभियन्ता लो0नि0वि0 पौड़ी	धारा के नाम के आगे ✓ लगाये	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण	प्रार्थी ने दुर्गम में 10 वर्ष से अधिक समतुल्य 17 वर्ष, 5 माह, की सेवा की है। जनपद चमोली में दुर्गम 3 वर्ष, 9 माह तथा वर्तमान खण्ड में 03 वर्ष, 01 माह की दुर्गम की सेवा हो चुकी है। एक्ट के अनुसार प्रार्थी वरिष्ठ कार्मिक की श्रेणी में आ चुका है। प्रार्थी के माता-पिता की आयु लगभग 80 वर्ष है तथा वृद्धावस्था से सम्बन्धित बीमारियों से ग्रसित हैं। उनकी देख-भाल हेतु ज्येष्ठ पुत्र होने के कारण जिम्मेदारी प्रार्थी की ही है। अत्यधिक दूरी होने के कारण समय से ईलाज न होने से शारीरिक एवं मानसिक परेशानियों से गुजरना पड़ता है।
					निर्माण खण्ड लो.नि.वि. चम्बा।	धारा 17 (1) (ख) (दो)		
					अस्थाई खण्ड, लो0नि0वि0, कीर्तिनगर	धारा 17 (1) (ख) (तीन)		
					प्रान्तीय खण्ड लो.नि.वि. लैसडाउन	धारा 17 (1) (ख) (चार)		
					निर्माण खण्ड लो.नि.वि. पौड़ी।	धारा 17 (1) (ख) (पांच)		
					निर्माण खण्ड लो.नि.वि. पाबौ।	धारा 17 (1) (ख) (छः)	एच0आर0एम0एस0 पोर्टल से प्राप्त विवरण।	
					क्षेत्रीय कार्यालय मुख्य अभियन्ता, लो0नि0वि0 देहरादून।	धारा 17 (1) (ख) (सात)		
					गुणवत्ता नियंत्रण लो0नि0वि0 देहरादून।			
					कार्यालय मुख्य अभियन्ता, राष्ट्रीय राजमार्ग देहरादून			
					प्रमुख अभियन्ता एवं विभागाध्यक्ष कार्यालय लो0नि0वि0, देहरादून			

नोट:- कॉलम संख्या 07 में दर्शाये गये आधार के समबन्ध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्मिक)

नाम:-

पदनाम:-

Dt- 20.05.2023

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)

नाम:-

पदनाम:-

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र. सं.	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरियता क्रम में	एक्ट की धारा 17 (ख) के अनुसार अनुरोध का आधार (साक्ष्यों सहित)		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	राजेश प्रताप सिंह	अधिशाली अभियन्ता (सिविल)	कार्यालय प्रमुख अभियन्ता एवं विभागाध्यक्ष, लोक निर्माण विभाग, यमुना कालोनी, देहरादून	चन्दौली/पंडित दीनदयाल उपाध्याय नगर (उ०प्र०)	1. निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, रुड़की। 2. अस्थाई खण्ड, लो०नि०वि०, सहिया 3. अस्थाई खण्ड, लो०नि०वि०, ऋषिकेश। 4. अस्थाई खण्ड, लो०नि०वि०, थर्युड़। 5. निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, चम्बा। 6. निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, दुगड़ड़ा। 7. अस्थाई खण्ड, लो०नि०वि०, कीर्तिनगर। 8. प्रान्तीय खण्ड, लो०नि०वि०, टिहरी।	धारा के नाम के आगे (Tick) लगाये ✓ धारा 17 (1) (ख) (एक) धारा 17 (1) (ख) (दो) धारा 17 (1) (ख) (तीन) धारा 17 (1) (ख) (चार) धारा 17 (1) (ख) (पांच) धारा 17 (1) (ख) (छः) ✓ धारा 17 (1) (ख) (सात)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण राज्य चिकित्सा परिषद द्वारा प्रदत्त प्रमाण पत्र की स्वप्रमाणित प्रतिलिपि (प्रतिलिपि संलग्न है) अतः मेरा स्थानान्तरण कॉलम 8 में से किसी एक खण्ड में करने की कृपा करें। प्रमाण पत्रों की स्वप्रमाणित (प्रतिलिपि संलग्न)।	क्यालिटी कंट्रोल की SOP जारी होने के उपरान्त मुझे भी कार्यों का निरीक्षण करने कुमायूँ मण्डल के सुदूर खण्डों में जाना पड़ेगा जिससे लम्बी यात्रा बैठक करने के कारण मेरे स्वास्थ्य पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ेगा रीढ़ की क्षति बढ़ सकती है। वर्तमान में भी समय कुर्सी पर बैठने के कारण रीढ़ का दर्द बढ़ रहा है तथा दायें पैर सुन्न हो रहा है। राज्य चिकित्सा परिषद ने Avoid Prolonged sitting and Prolonged walking की सलाह दी है। डा० कें०पी० नवानी ने Avoid long Journey की सलाह दी है।

नोट:- कॉलम सं०-०७ में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एक्ट की धारा १० अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

Rejendra Patel
हस्ताक्षर (कार्मिक) 6/5/2023

नाम— इ० राजेश प्रताप सिंह

पदनाम— अधिशासी अभियन्ता

कार्यालय प्रमुख अभियन्ता एवं विभागाध्यक्ष

लोक निर्माण विभाग, यमुना कालोनी, देहरादून

हस्ताक्षर (कार्यालयीय)

कार्यालय प्रमुख अभियन्ता एवं विभागाध्यक्ष

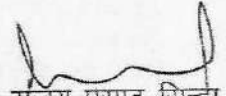
लोक निर्माण विभाग, उत्तराखण्ड

(इं० विन्नी सिंह)
अधिकासी अभियन्ता

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप- 2

क्र० सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/ तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरियता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है	टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8
1	इ० संजय प्रसाद सिन्हा	अधिशारी अभियन्ता	निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, पोखरी	पटना	1. रा०मा०खण्ड, देहरादून 2. रा०मा०खण्ड, डोईवाला 3. अस्थाई खण्ड, ऋषिकेश 4. प्रान्तीय खण्ड, हरिद्वार 5. निर्माण खण्ड, चम्बा 6. अस्थाई खण्ड, सहिया 7. अस्थाई खण्ड, कीर्तिनगर 8. रा०मा०खण्ड, श्रीनगर 9. कार्यालय प्रमुख अभियन्ता एवं विभागाध्यक्ष, देहरादून	एक्ट की धारा-13 एवं धारा-14 के अनुसार अनुरोध के आधार पर।	माता-पिता एवं पत्नी के स्वास्थ्य की देखभाल हेतु।

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)


 नाम - इ० संजय प्रसाद सिन्हा
 पदनाम - अधिशारी अभियन्ता
 निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, पोखरी

