

आयुर्वेदिक एवं यूनानी सेवायें, उत्तराखण्ड
जनपद- नैनीताल

पत्रांक संख्या-

दिनांक- 14.05.2025

स्थानान्तरण हेतु आवेदन पत्र।

01. आवेदक का नाम- ज. पूनम जंगपांगी
02. पिता/पति का नाम- श्री इन्द्र सिंह जंगपांगी
03. पदनाम- चिकित्सा अधिकारी
04. नियुक्ति का प्रकार- स्थाई
05. वर्तमान तैनाती का स्थान- आयुष्मान आरोग्य मंदिर फतेहपुर, छहानी, नैनीताल
06. वर्तमान तैनाती की तिथि- 10-07-2017
07. पूर्व में तैनात कार्यालयों का विवरण-

क्र० सं०	तैनाती का स्थान	तैनाती की अवधि	दुर्गम/अति दुर्गम/सुगम	टिप्पणी
1.	श.आ.चि.डीनापानी	24.8.2013	10.7.2017(A/N)	दुर्गम
2.	आयु.आ. मंदिर फतेहपुर	10.7.2017(A/N)	वर्तमान तक	दुर्गम
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

08. श्रेणी जिसमें स्थानान्तरण चाहते हैं- (कोई भी एक विकल्प चुनें)

- ☒ सुगम से दुर्गम ☐ अनुरोध ☐ दुर्गम से सुगम ☐ स्थानान्तरण से छूट ☐ स्थानान्तरण नहीं चाहते हैं (केवल दुर्गम में तैनात कार्मिकों हेतु)

09. स्थानान्तरण से छूट चाहने वाले कार्मिक (साक्ष्य संलग्न किया जाना अनिवार्य) -

- ☐ वरिष्ठ कार्मिक ☐ दुर्गम में 10 वर्ष की सेवा पूर्ण ☐ गंभीर रोगग्रस्त/विकलांग कार्मिक ☐ पुत्र/पुत्री की विकलांगता ☐ अर्धसैनिक/सैनिक में तैनात कार्मिकों के पति/पत्नी

10. अनुरोध उप श्रेणी (साक्ष्य संलग्न किया जाना अनिवार्य) -

- | | | | | |
|-------------------------------|---|-----------------------------------|---|--|
| ○ गंभीर रोग
ग्रस्त/विकलांग | ○ मानसिक
रूप से
विक्षिप्त
बच्चों के
माता-पिता | ○ पुत्र/पुत्री
की
विकलांगता | ○ उत्तराखण्ड
सरकार में
कार्यरत
पति-पत्नी | ○ विधुर/विधवा/
तलाकशुदा/वरिष्ठ
कार्मिक |
|-------------------------------|---|-----------------------------------|---|--|
- दुर्गम से दुर्गम ☒ सुगम से दुर्गम

11. स्थानान्तरण के 10 विकल्प-

क्र०सं०	चिकित्सालय का नाम	श्रेणी (सुगम/दुर्गम)
1	श. आयु. चि. देड़ाखान	दुर्गम
2	श. आयु. चि. धाना-पुली	दुर्गम
3	श. आयु. चि. देवीधुरा	दुर्गम
4	श. आयु. चि. कासीमालख	दुर्गम
5	श. आयु. चि. नयुआखान	दुर्गम
6	आ. अ. मंदिर बाविमाई	दुर्गम
7		
8		
9		
10		

12. संलग्न साक्ष्यों की पृष्ठ संख्या-

(साक्ष्य संलग्न किया जाना अनिवार्य है)

(नोट- ऐसे वरिष्ठ चिकित्साधिकारी जो जिला आयुर्वेदिक एवं यूनानी अधिकारी पद का प्रभार लिये जाने के इच्छुक नहीं हैं, अनिवार्य रूप से वेबसाइट में उपलब्ध घोषणापत्र भी हस्ताक्षरित कर जमा करेंगे।)

हस्ताक्षर-

नाम-

पदनाम-

Poonam
14/05/25
डा. पूनम जंगपाँगी
चिकित्सा अधिकारी