

आयुर्वेदिक एवं यूनानी सेवायें, उत्तराखण्ड
जनपद—

पत्रांक संख्या— 21/2025-26

दिनांक— 14.5.2025

स्थानान्तरण हेतु आवेदन पत्र।

01. आवेदक का नाम— Dr. MONICA YADAV
02. पिता/पति का नाम— KAPIL YADAV
03. पदनाम— MEDICAL OFFICER
04. नियुक्ति का प्रकार— REGULAR
05. वर्तमान तैनाती का स्थान— GOVT. AYURVEDIC HOSPITAL POKHARKHAL, PAURI GARH
06. वर्तमान तैनाती की तिथि— 21.08.2014
07. पूर्व में तैनात कार्यालयों का विवरण—

क्र० सं०	तैनाती का स्थान	तैनाती की अवधि	दुर्गम/अति दुर्गम/सुगम	टिप्पणी
1.	GOVT. AY. HOSP.	24.8.2013	20.8.2014	दुर्गम
2.	JAMLAKHAL			
3.	PAURI GARHWAL			
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	RISHIKUL PHARMACY RISHIKUL HARIDWAR	सुगम
2	GOVT. AY. HOS. ROORKEE HARIDWAR	सुगम
3	GOVT. AY. HOS. BHADRABAD HARIDWAR	सुगम
4	GOVT. AY. HOS. KHARKHADI WARDI HARIDWAR	सुगम
5	GOVT. AY. HOS. JAGTEETPUR HARIDWAR	सुगम
6	GOVT. AY. HOS. RISHIKESH DEHRADUN	सुगम
7	GOVT. AY. HOS. LANDHAURA HARIDWAR	सुगम
8	GOVT. AY. HOS. CAINDIKHATA HARIDWAR	सुगम
9	GOVT. AY. HOS. BHOGPUR HARIDWAR	सुगम
10	GOVT AY HOS. DHALWALA TEHRIGARHWAL	सुगम

यदि उपरोक्त में से किसी विकल्प में स्थानान्तरण न हो सके तो उसे यथावत रखा जाये।

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 वेबसाईट में उपलब्ध घोषणापत्र भी हस्ताक्षरित कर जमा करेंगे।)

हस्ताक्षर- मोतिवन्द
 नाम- (डा. मोतिवन्द यदव)
 पदनाम- चिकित्सापरीक्षारी
 श्री-ओ. चि. पोरारवाल