

आयुर्वेदिक एवं यूनानी सेवार्यें, उत्तराखण्ड

जनपद- पौड़ी बाढ़वाल

दिनांक- 26/04/2025

पत्रांक संख्या- 08/2025-26

स्थानान्तरण हेतु आवेदन पत्र।

01. आवेदक का नाम- अमित कुमार
02. पिता/पति का नाम- स्व. जगदीश प्रसाद शुक्ला
03. पदनाम- फार्मसी अधिकारी
04. नियुक्ति का प्रकार- स्थायी / नियमित
05. वर्तमान तैनाती का स्थान- राज. आयु. चिक. पीपलपानी (नानसू) पौड़ी बाढ़वाल,
06. वर्तमान तैनाती की तिथि- 13/8/2016
07. पूर्व में तैनात कार्यालयों का विवरण-

क्र० सं०	तैनाती का स्थान	तैनाती की अवधि	दुर्गम/अति दुर्गम/सुगम	टिप्पणी
1.	चारलेखतनगीतात	29/12/2009/12/9/2015	दुर्गम	X
2.	आनसैण पौड़ी	15/9/2015/13/8/2016	दुर्गम	X
3.	पीपलपानी पौड़ी	13/8/2016 वर्तमान	दुर्गम	X
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
- 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	राज० आयु० चिकि० अटला देहरादून	सुगम
2	राज० आयु० चिकि० मियांवाला	सुगम
3	राज० आयु० चिकि० बुलवावाला देहरादून	सुगम
4	राज० आयु० चिकि० साजरीवाट देहरादून	सुगम
5	राज० आयु० चिकि० नथुवावाला देहरादून	सुगम
6	आयु० चिकि० राज० रुखी चिकि० कटपल्ल देहरादून	सुगम
7	आयु० चिकि० राज० रुखी चिकि० कोटि सहायपुर	सुगम
8	राज० आयु० चिकि० आगपुर हरिद्वार	सुगम
9	आयु० चिकि० फार्मसी हरिद्वार	सुगम
10	राज० आयु० चिकि० आगपुर हरिद्वार	सुगम

विशेष अनुरोध = उपरोक्त क्रम संख्या 1 से 10 चिकित्सालयों का चयन न होना
को स्थिति में यथावत रखने की कृपा
किजिरखा।

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-

26/04/2025
आमित कुमार
फार्मसी आधिकारी