

निदेशालय  
आयुर्वेदिक एवं यूनानी सेवायें, उत्तराखण्ड  
जनपद- देहरादून

पत्रांक संख्या-

दिनांक- 14.5.2025

स्थानान्तरण हेतु आवेदन पत्र।

01. आवेदक का नाम- पैद्य वृष्ण कान्त पाण्डेय
02. पिता/पति का नाम- श्री राजीव कुमार पाण्डेय
03. पदनाम- वरिष्ठ चिकित्साधिकारी / सहायक अधीक्ष निदेशक
04. नियुक्ति का प्रकार- स्थायी
05. वर्तमान तैनाती का स्थान- निदेशालय, देहरादून
06. वर्तमान तैनाती की तिथि- 27.06.2024
07. पूर्व में तैनात कार्यालयों का विवरण-

| क्र० सं० | तैनाती का स्थान           | तैनाती की अवधि    | दुर्गम/अति दुर्गम/सुगम | टिप्पणी       |
|----------|---------------------------|-------------------|------------------------|---------------|
| 1.       | <del>निदेशालय</del>       |                   |                        |               |
| 2.       | <u>रा.आ.पि.न.पौड़ी</u>    | <u>15.07.2021</u> | <u>22.06.2022</u>      | <u>डुर्गम</u> |
| 3.       | <u>रा.आ.पि.न.मेली</u>     | <u>23.6.2021</u>  | <u>07.09.2022</u>      | <u>डुर्गम</u> |
| 4.       | <u>रा.आ.पि.न.मेली</u>     | <u>08.9.2022</u>  | <u>23.06.2023</u>      | <u>डुर्गम</u> |
| 5.       | <u>निदेशालय, देहरादून</u> | <u>24.06.2023</u> | <u>26.6.24</u>         | <u>सुगम</u>   |
| 6.       | <u>"</u>                  | <u>27.6.24</u>    | <u>आदिपि</u>           | <u>सुगम</u>   |
| 7.       |                           |                   |                        |               |
| 8.       |                           |                   |                        |               |
| 9.       |                           |                   |                        |               |
| 10.      |                           |                   |                        |               |

22.06.21 तक निदेशालय संबद्ध

कर्मिंदर मै पुनः निदेशालय संबद्ध

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) - X

- ☐ 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<br>ग्रस्त/विकलांग | ○ मानसिक<br>रूप से<br>विक्षिप्त<br>बच्चों के<br>माता-पिता | ○ पुत्र/पुत्री<br>की<br>विकलांगता | ✓ उत्तराखण्ड<br>सरकार में<br>कार्यरत<br>पति-पत्नी | ○ विधुर/विधवा/<br>तलाकशुदा/वरिष्ठ<br>कार्मिक |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|
- दुर्गम से दुर्गम      ○ सुगम से  
दुर्गम

11. स्थानान्तरण के 10 विकल्प-

| क्र०सं० | चिकित्सालय का नाम                        | श्रेणी (सुगम/दुर्गम) |
|---------|------------------------------------------|----------------------|
| 1       | 50 ग्राम उबर आर्यु चिकित्सालय, हल्द्वारी | सुगम                 |
| 2       | जिला चिकित्सालय, नैनीताल                 | सुगम                 |
| 3       | जिला चिकित्सालय, चंदावत                  | सुगम                 |
| 4       |                                          |                      |
| 5       |                                          |                      |
| 6       |                                          |                      |
| 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 वेबसाईट में उपलब्ध घोषणापत्र भी हस्ताक्षरित कर जमा करेंगे। )

हस्ताक्षर-   
 नाम- वैद्य हनुमान प्रसाद पाण्डेय  
 पदनाम- सहायक आयुर्वेदिक नियंत्रक/  
 वरिष्ठ चिकित्साधिकारी