स्थानीय तहको स्वास्थ्य सेवा तर्फको कर्मचारीको वैयक्तिक विवरण फाराम (सिटरोल)

स्थानीय तहको स्वास्थ्य सेवा तर्फको कर्मचारीको वैयक्तिक विवरण फाराम (सिटरोल)

संलग्न गर्नुपर्ने कागजातहरुः

(१) शैक्षिक योग्यता र नागरिकताको प्रमाणपत्रहरुको प्रमाणित प्रतिलिपि (सेवा प्रवेश गर्नु पूर्वको उमेर खुलेको शैक्षिक योग्यता र नागरिकता हुनुपर्ने)

(२) यस अघि सरकारी सेवामा रही स्थायी पदमा काम गरेको भए सो को विवरण स्पष्टसँग उल्लेख गरी तत्सम्बन्धी कागजातहरुको प्रमाणित प्रतिलिपि ।

(३) सम्बन्धित कार्यालयबाट सिटरोल दर्ता गरी प्रमाणित गरी दिने भन्ने व्यहोराको पत्र ।

(४) कार्यालयमा शुरु स्थायी नियुक्ति हुँदाको हाजिरी भएको जानकारी पत्र ।

(५) स्थायी नियुक्ति हुँदा पेश गरेको निरोगिता र शपथ ग्रहणको प्रमाणित प्रतिलिपि ।

(६) लोक सेवा आयोगको सिफारिश पत्रको सक्कलै वा प्रमाणित प्रतिलिपि ।

(७) तालिमको प्रमाणपत्रको प्रमाणित प्रतिलिपि र अन्य कागजातहरुको प्रतिलिपि ।

कर्मचारीको नाम:

नेपालीमा (देवनागरी लिपी) .....

अंग्रेजीमा (BLOCK LETTER) .....

कर्मचारी संकेत नम्बर **[राष्ट्रिय किताबखाना (निजामती) ले भर्ने]**

नेपाली अंकमा						
अंग्रेजी अंकमा						

द्रष्टव्यः कम्तिमा पनि A4 साइजको नेपाली कागजमा वैयक्तिक विवरण छापिएको हुनु पर्नेछ ।

स्थानीय तहको स्वास्थ्य सेवा तर्फको कर्मचारीको वैयक्तिक विवरण फाराम (सिटरोल)

स्थानीय तहको स्वास्थ्य सेवा तर्फको कर्मचारीको वैयक्तिक विवरण फाराम (सिटरोल)

फाराम नं. ०१

कर्मचारीको हालसालै खिचिएको दुवै कान देखिने पासपोर्ट साईजको फोटो (सिटरोल प्रमाणित गर्ने अधिकारीले फोटो समेत प्रमाणित गरेको हुनु पर्नेछ) ।

वैयक्तिक विवरण

स्थानीय तह

.....महानगरपालिका/उप-महानगरपालिका/नगरपालिका/गाउँपालिका

१. कर्मचारीको पूरा नाम र थर

नेपालीमाः (देवनागरी लिपी).....

अंग्रेजीमाः (**BLOCK LETTER**).....

जन्म मिति विवरणः (वि.सं.) ...../...../.....(ई.सं.)...../...../.....

नागरिकता नं. .....जारी जिल्लाः .....जारी मितिः .....

बाबुको नाम (नेपालीमा) .....पेशाः .....

बाबुको नाम (अंग्रेजीमा) .....पेशाः .....

बाजेको नाम (नेपालीमा) .....पेशाः .....

बाजेको नाम (अंग्रेजीमा) .....पेशाः .....

आमाको नाम (नेपालीमा) .....पेशाः .....

आमाको नाम (अंग्रेजीमा) .....पेशाः .....

विवाहित भए पति/पत्नीको नाम (नेपालीमा) .....पेशाः .....

(अंग्रेजीमा) .....

छोरीको संख्याः ..... छोराको संख्याः .....

२. ठेगाना सम्बन्धी विवरण

	स्थायी ठेगाना		अस्थायी ठेगाना	
	नेपालीमा	अंग्रेजीमा	नेपालीमा	अंग्रेजीमा
प्रदेशः				
जिल्लाः				
न.पा./गा.पा.				
वडा नं.				
टोल/मार्गः				
घर/ब्लक नं.				
सम्पर्क				
ईमेल ठेगानाः				

स्थानीय तहको स्वास्थ्य सेवा तर्फका कर्मचारीको वैयक्तिक विवरण फाराम (सिटरोल)

स्थानीय तहको स्वास्थ्य सेवा तर्फको कर्मचारीको वैयक्तिक विवरण फाराम (सिटरोल)

३. सुविधा पाउने गरी परिवारका सदस्य मध्ये इच्छाइएको कुनै एक व्यक्तिको पूरा नाम थर

नेपालीमाः (देवनागरी लिपी) .....

अंग्रेजीमाः (**BLOCK LETTER**) .....

कर्मचारीको निजसँगको सम्बन्धः .....

ठेगानाः प्रदेशः ..... जिल्लाः..... न.पा./गा.पा. .....

वडा नं. ..... टोल/मार्गः .....घर/ब्लक नं. .....

इच्छाइएको व्यक्तिकोः

नागरिकता नं. (उपलब्ध भएसम्म) .....जारी जिल्लाः .....जारी मितिः .....

४. अन्य वैयक्तिक विवरण

लिंगः .....धर्मः .....जात/जातीः.....हुलियाः ..... रक्त समूहः .....

मुलः हिमाली ( ) पहाडी ( ) तराई/मधेश ( )

क) आदिवासी/जनजातीः हो ( ) होइन ( ) हो भने कुन जात .....

ख) मधेशीः हो ( ) होइन ( ) हो भने विवरण .....

ग) दलितः हो ( ) होइन ( ) हो भने कुन जात.....

घ) पिछडिएको जिल्ला (क्षेत्र) हो ( ) होइन ( ) हो भने कुन जिल्ला .....

ङ) अपाङ्गता हो ( ) होइन ( ) हो भने कुन किसिमको .....

लोक सेवा आयोगको सिफारिश हुँदा कुन वर्गमा भएको हो ? क/ख/ग/घ/ङ/खुला/महिला

५. भाषाको दक्षता सम्बन्धी विवरण

क) स्थानीय भाषा सम्बन्धी ज्ञान मातृभाषाः .....

क्र. सं.	भाषाको नाम	लेखाई क्षमता			पढाई क्षमता			बोलाई क्षमता		
		अति उत्तम	उत्तम	सामान्य	अति उत्तम	उत्तम	सामान्य	अति उत्तम	उत्तम	सामान्य

ख) विदेशी भाषा सम्बन्धी ज्ञान

क्र. सं.	भाषाको नाम	लेखाई क्षमता			पढाई क्षमता			बोलाई क्षमता		
		अति उत्तम	उत्तम	सामान्य	अति उत्तम	उत्तम	सामान्य	अति उत्तम	उत्तम	सामान्य

स्थानीय तहको स्वास्थ्य सेवा तर्फको कर्मचारीको वैयक्तिक विवरण फाराम (सिटरोल)

स्थानीय तहको स्वास्थ्य सेवा तर्फको कर्मचारीको वैयक्तिक विवरण फाराम (सिटरोल)

६. कर्मचारीको शुरु स्थायी नियुक्तिको विवरण

कार्यालयको नाम र ठेगानाः .....

नियुक्ति मितिः ..... निर्णय मितिः .....हाजिरी मितिः .....

सेवाः .....समूहः ..... उप-समूह.....

तहः ..... पदः ..... प्राविधिक ( ) अप्राविधिक ( )

७. यस अघि सरकारी सेवामा रही स्थायी पदमा काम गरेको भए सोको विवरण

कार्यालयको नाम र ठेगानाः .....

सेवाः .....समूहः ..... उप-समूह.....

श्रेणी/तहः ..... पदः ..... प्राविधिक ( ) अप्राविधिक ( )

कर्मचारी संकेत नं. ..... छाडेको मितिः ..... छाड्नुको कारणः .....

८. अन्य विवरण

(क) बहु विवाह/बाल विवाह गरको छ/छैन ? छ भने पत्नीको नाम लेख्नुहोस्

.....

(ख) पति वा पत्नीले विदेशी मुलुकको स्थायी आवासीय अनुमति (**DV/PR**वा अन्य) लिए / नलिएको वा सोको लागि दरखास्त दिए/नदिएको विवरणः छ ( ) छैन ( )

१. स्थायी आवासीय अनुमति लिएको भए देशको नामः ..... र लिएको मितिः .....

२. स्थायी आवासीय अनुमतिका लागि दरखास्त दिएको भए देशको नामः .....
दरखास्त दिएको मितिः .....

(ग) कुनै सरकारी बक्यौता तिर्न बाँकी छ / छैन ? बाँकी भए सोको विवरण

.....

(घ) सम्बन्धित कर्मचारीको विशेष योग्यता र क्षमताः

.....

माथि लेखिएको विवरण ठिक छ । सरकारी सेवाको निमित्त अयोग्य हुने गरी मलाई कुनै सजाय भएको छैन । कुनै कुरा झुठो लेखिएको वा जानाजानी साँचो कुरा दबाउने लुकाउने उद्देश्यले लेखिएको ठहरे कानून बमोजिम सजाय स्वीकार गर्नेछु, साथै कर्मचारी आचार संहिता पालना गर्न प्रतिवद्ध छु भनि सहीछाप गर्नेः

कर्मचारीको
(बुढी औंलाको छाप)

दायाँ	बायाँ

.....

(कर्मचारीको दस्तखत)

प्रमाणित गर्ने कार्यालय
प्रमुखको नाम, थर .....
दस्तखतः .....

कार्यालयको छाप

कर्मचारी संकेत नम्बर [राष्ट्रिय किताबखाना (निजामती) ले मात्र प्रयोग गर्ने]

नेपाली अंकमा

अंग्रेजी अंकमा

विभागिय प्रमुख वा अधिकार प्राप्त
अधिकृतको दस्तखतः .....
नामः .....
पदः .....
मितिः .....
कार्यालयको छापः

स्थानीय तहको स्वास्थ्य सेवा तर्फका कर्मचारीको वैयक्तिक विवरण फाराम (सिटरोल)

स्थानीय तहको स्वास्थ्य सेवा तर्फको कर्मचारीको वैयक्तिक विवरण फाराम (सिटरोल)

फाराम नं. ०२

सेवाको विवरण

कर्मचारीको नाम :

संकेत नं.

क्र.सं.	समूह र उप समूह	पदको नाम	तह	कार्यालयको नाम	नयाँ नियुक्ति, सरूवा बढुवा	बहाली मिति	निर्णय मिति	तलब	भत्ता	किताब दर्ता पाना	कैफियत
०१	०२	०३	०४	०५	०६	०७	०८	०९	१०	११	१२

स्थानीय तहको स्वास्थ्य सेवा तर्फको कर्मचारीको वैयक्तिक विवरण फाराम (सिटरोल)

स्थानीय तहको स्वास्थ्य सेवा तर्फको कर्मचारीको वैयक्तिक विवरण फाराम (सिटरोल)

शैक्षिक योग्यता, तालिम, सेमिनार, सम्मेलन

फाराम नं.०३

(एस.एल.सी. वा मध्यमा परीक्षाबाट उच्चतम उपाधि सम्मको डिग्री, डिप्लोमा)

कर्मचारीको नामः

संकेत नं.

क्र. सं.	सर्टिफिकेट वा उपाधि	अध्ययनको विषय	अध्ययनको अवधि		श्रेणी	शिक्षण संस्थाको		तालीम सेमिनार वा सम्मेलन विवरण	कैफियत
			देखि	सम्म		नाम	ठेगाना		

स्थानीय तहको स्वास्थ्य सेवा तर्फको कर्मचारीको वैयक्तिक विवरण फाराम (सिटरोल)

स्थानीय तहको स्वास्थ्य सेवा तर्फको कर्मचारीको वैयक्तिक विवरण फाराम (सिटरोल)

फाराम नं. ०४

<u>प्रचलित कानून बमोजिम प्राप्त गरेको विभूषण, प्रशंसा पत्र</u>

कर्मचारीको नामः संकेत नं.

क्र. सं.	विभूषण, प्रशंसा पत्रको विवरण	प्राप्त मिति	विभूषण/प्रशंसापत्र पाएको कारण	सहुलियत
०१	०२	०३	०४	०५

स्थानीय तहको स्वास्थ्य सेवा तर्फको कर्मचारीको वैयक्तिक विवरण फाराम (सिटरोल)

स्थानीय तहको स्वास्थ्य सेवा तर्फको कर्मचारीको वैयक्तिक विवरण फाराम (सिटरोल)

फाराम नं.०५

<u>विभागीय सजायको विवरण</u>

कर्मचारीको नामः संकेत नं.

क्र. सं.	सजायको प्रकार	सजायको आदेश मिति	पुनरावेदनको		कैफियत
			ठहर	मिति	
०१	०२	०३	०४	०५	०६

स्थानीय तहको स्वास्थ्य सेवा तर्फको कर्मचारीको वैयक्तिक विवरण फाराम (सिटरोल)

स्थानीय तहको स्वास्थ्य सेवा तर्फको कर्मचारीको वैयक्तिक विवरण फाराम (सिटरोल)

फाराम नं. ०६

<u>बिदा र औषधी उपचारको विवरण</u>

कर्मचारीको नामः संकेत नं.

विवरण	घर बिदा			बिरामी बिदा			प्रसुति बिदा			अध्ययन बिदा			असाधारण बिदा			गयल अवधि	उपचार खर्च		कैफियत
	जम्मा	खर्च	बाँकी	जम्मा	खर्च	बाँकी	जम्मा	खर्च	बाँकी	जम्मा	खर्च	बाँकी	जम्मा	खर्च	बाँकी	देखी	मिति	रमक	
०१	०२	०३	०४	०५	०६	०७	०८	०९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०

स्थानीय तहको स्वास्थ्य सेवा तर्फको कर्मचारीको वैयक्तिक विवरण फाराम (सिटरोल)

स्थानीय तहको स्वास्थ्य सेवा तर्फको कर्मचारीको वैयक्तिक विवरण फाराम (सिटरोल)

फाराम नं. ०७

कर्मचारीको नामः

संकेत नं.

क्र. सं.	अवधि		पदस्थापना भएको स्थान वा क्षेत्र	काम गरेको स्थान वा क्षेत्र	यो चिन्ह (✓) दिई काम गरेको क्षेत्रको वर्ग जनाउने						सम्बन्धित कर्मचारी वा प्रमाणित गर्ने अधिकृतको दस्तखत	कैफियत
	देखी	सम्म			अति दुर्गम क १ वर्ग	अति दुर्गम क २ वर्ग	दुर्गम ख १ वर्ग	दुर्गम ख २ वर्ग	सुगम ग १ वर्ग	सुगम ग २ वर्ग		

स्थानीय तहको स्वास्थ्य सेवा तर्फको कर्मचारीको वैयक्तिक विवरण फाराम (सिटरोल)

स्थानीय तहको स्वास्थ्य सेवा तर्फको कर्मचारीको वैयक्तिक विवरण फाराम (सिटरोल)

फाराम नं. ०८

क) माथि उल्लेख भए देखि बाहेकका विवरणहरु थपघट गर्नु पर्ने भए राष्ट्रिय किताबखानाले (निजामती) ले भर्ने:

(१) ठेगाना परिवर्तन:

(२) इच्छाइएको व्यक्ति परिवर्तन भएमा सो को विवरण:-

(३) अन्य कुनै विवरण थपघट भएमा सो को विवरण:-

सम्बन्धित कर्मचारीको -	प्रमाणित गर्ने अधिकृतको -
नाम:	नाम:
दस्तखत:	दस्तखत:
मिति:	मिति:

स्थानीय तहको स्वास्थ्य सेवा तर्फको कर्मचारीको वैयक्तिक विवरण फाराम (सिटरोल)