

(ආදර්ශ අයැදුම්පත්‍රය)

මධ්‍යම පළාත් ආයුර්වේද දෙපාර්තමේන්තුවේ අධීක්ෂණ ප්‍රජා සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී තනතුර සඳහා බඳවා ගැනීම

- 01. මූලකුරු සමඟ නම -මයා/මිය/මෙනවිය)
- 02. i. දැනට දරණ තනතුර -.....
- ii. සේවය හා ශ්‍රේණිය -
- iii. දැනට සේවය කරන ආයතනය හා ලිපිනය -.....
- 03. පෞද්ගලික ලිපිනය -
- 04. ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය -
- 05. i. උපන්දිනය -
- ii. අයැදුම්පත් භාර ගන්නා අවසන් දිනට වයස -.....
- 06. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය -.....
- 07. දුරකථන අංකය -
- i. පෞද්ගලික -.....
- ii. රාජකාරි -.....
- 08. i. ආයුර්වේද වෛද්‍ය නිලධාරී තනතුරේ මුල් පත්වීම් ලද දිනය -
- ii. සේවය ස්ථිර කළ දිනය -
- iii. I ශ්‍රේණියට උසස් කළ දිනය (ලිපියේ පිටපත් අමුණන්න) -.....
- iv. අයැදුම්පත් භාර ගන්නා අවසන් දිනට I ශ්‍රේණියේ සක්‍රීය සේවා කාලය - අවු. මාස... ..දින.....

09. වාර්ෂික කාර්යය සාධන ඇගයුම

අයැදුම්පත් භාර ගන්නා අවසන් දිනට පූර්වාසන්න වසර 05 තුළ ලබා ඇති කාර්යය සාධන මට්ටම පිළිබඳ විස්තර (අදාළ නොවන වචන කපා හරින්න)

වර්ෂය	ලබා ඇති කාර්යය සාධන මට්ටම
2020	විශිෂ්ඨ / සාමාන්‍ය ප්‍රමාණයට වඩා ඉහල / සතුටුදායක
2021	විශිෂ්ඨ / සාමාන්‍ය ප්‍රමාණයට වඩා ඉහල / සතුටුදායක
2022	විශිෂ්ඨ / සාමාන්‍ය ප්‍රමාණයට වඩා ඉහල / සතුටුදායක
2023	විශිෂ්ඨ / සාමාන්‍ය ප්‍රමාණයට වඩා ඉහල / සතුටුදායක
2024	විශිෂ්ඨ / සාමාන්‍ය ප්‍රමාණයට වඩා ඉහල / සතුටුදායක

10. අධ්‍යාපන සුදුසුකම්

අනු අංක	ලබා ඇති උපාධි/ පශ්චාත් උපාධි / පශ්චාත් උපාධි ඩිප්ලෝමා	විෂය ක්ෂේත්‍රය	විශ්ව විද්‍යාලය/ පුහුණු ආයතනය	උපාධිය/ඩිප්ලෝමාව වලංගු දිනය

11. ආයුර්වේද වෛද්‍ය නිලධාරී තනතුරෙහි මුල් පත්වීමේ දින සිට අයැදුම්පත ඉදිරිපත් කරන දින දක්වා සේවා කාලයට අදාළ විස්තර

දරණ ලද තනතුර	ආයතනය	කාලය	
		සිට	දක්වා

12. අධීක්ෂණ ප්‍රජා සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී තනතුරේ වැඩ බැලීම/ රාජකාරී ඉටු කිරීම පිළිබඳ සේවා පළපුරුද්ද

අනු අංක	සේවය කරන ලද ආයතනය	සේවය කරන ලද කාල සීමාව	
		සිට	දක්වා

13. විෂයය ක්ෂේත්‍රයට සම්බන්ධ දේශීය/විදේශීය පුහුණු පාඨමාලා සම්බන්ධ තොරතුරු

අනු අංකය	දේශීය/විදේශීය පුහුණු පාඨමාලාව	ආයතනය	පාඨමාලා කාලය

14. ක්‍රියාත්මක කර ඇති විශේෂ ව්‍යාපෘති යෝජනා

අනු අංක	ව්‍යාපෘතිය සඳහා අදාළ වූ ගැටළුව/ අවශ්‍යතාව	ව්‍යාපෘතිය	ක්‍රියාත්මක කරන ලද කාල සීමාව		අත්පත් කරගත් ප්‍රතිඵල
			සිට	දක්වා	

15. ලබා ඇති ජයග්‍රහණ හා ප්‍රශංසාවන්
 i.
 ii.
 iii.

16. අයැදුම්කරුගේ ප්‍රකාශය

මා හට විරුද්ධව දැනට විනය පරීක්ෂණයක් නොපැවැත්වෙන බවත්, අයැදුම්පත් කැඳවීමේ අවසන් දිනට පූර්වාසන්න පස් වසරක කාල සීමාවක් තුළ ආයතන සංග්‍රහයේ II වන කාණ්ඩයේ සඳහන් I හෝ II වන උපලේඛනය යටතේ සිදුකරනු ලැබූ වරදකට දඬුවම් නොලැබූ අයෙකු බවත්, ඉහත සඳහන් කර ඇති තොරතුරු සියල්ල සත්‍ය හා නිවැරදි ඒවා බවත් මෙයින් සහතික කරමි.

දිනය -

.....
 අයැදුම්කරුගේ අත්සන

දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය :

ඉහත සඳහන් තොරතුරු ඉදිරිපත් කර ඇති නිලධාරියාගේ/නිලධාරිණියාගේ පෞද්ගලික ලිපිගොනුව පරීක්ෂා කර බැලූ බවත්, ඒ අනුව අංක 01 සිට 16 දක්වා සඳහන් තොරතුරු නිවැරදි බවට සහතික කරන අතර, මෙම නිලධාරියා/නිලධාරිණිය විසින් විසින් 2025.02.10 දිනට පූර්වාසන්න පස් වසරක කාලසීමාව තුළ නියමිත වැටුප් වර්ධක උපයාගෙන ඇති බවත්, රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභා වක්‍රලේඛ අංක 01/2020 හා 01/2020(I)හි සඳහන් ආකාරයේ කිසිදු විනයානුකූල දඬුවමකට ලක් නොවූ බවත්, මෙම අයට විරුද්ධව යම් විනයානුකූල ක්‍රියාමාර්ගයක් ගෙන නොමැති බවත් හා ඉදිරියේදී එවැනි ක්‍රියාමාර්ගයක් ගැනීමට අදහස් නොකරන බවත් සහතික කරමි. නිලධාරියා/නිලධාරිණිය තෝරා ගනු ලැබුවහොත් නිදහස් කිරීමට එකඟ වෙමි.

.....
දිනය

.....
දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියාගේ අත්සන
නම
නිලමුද්‍රාව

මධ්‍යම පළාතේ සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශ ලේකම්ගේ නිර්දේශය :

උක්ත අයැදුම්පත්‍රය මා විසින් නිර්දේශ කරමි/නොකරමි.

.....
දිනය

.....
අමාත්‍යාංශ ලේකම්ගේ අත්සන
නම
නිලමුද්‍රාව

මධ්‍යම පළාත් ප්‍රධාන ලේකම්ගේ නිර්දේශය :

උක්ත අයැදුම්පත්‍රය මා විසින් නිර්දේශ කරමි/නොකරමි.

.....
දිනය

.....
පළාත් ප්‍රධාන ලේකම්ගේ අත්සන
නම
නිලමුද්‍රාව