

राष्ट्रीय प्रौद्योगिकी संस्थान, उत्तराखण्ड

NATIONAL INSTITUTE OF TECHNOLOGY, UTTARAKHAND

संदर्भ सं० / Ref. No. NITUK/ _____

संकाय / FACULTY

दिनांक / Date: _____

अर्जित छुट्टी/अर्धवेतन छुट्टी/चिकित्सा छुट्टी/अनर्जित छुट्टी/असाधारण छुट्टी हेतु आवेदन Application for Earned Leave/HPL/Commuted Leave/LND/EOL

1. नाम / Name : _____ कर्मचारी कोड / Emp. Code: _____
2. पद / Designation : _____
3. विभाग / Department : _____
4. छुट्टी की प्रकृति / Nature of Leave : अर्जित छुट्टी / EL अर्धवेतन छुट्टी / HPL परिवर्तित छुट्टी / Commuted Leave
 अनर्जित छुट्टी / LND असाधारण छुट्टी / EOL (Medical/Higher Study*)
(चिकित्सा आधार पर परिवर्तित छुट्टी, एल.एन.डी. एवं ई.ओ.एल. के मामले में, मूल चिकित्सा प्रमाण पत्र संलग्न करें।)
*(उच्च अध्ययन पर ई.ओ.एल. के मामले में, सी.सी.एस. (छुट्टी) नियम, 1972 के नियम 32(3)(बी) के अनुसार फॉर्म-6 में बांड जमा करें।)
(in case of Commuted Leave, LND & EOL on medical grounds, attach original medical certificate)
*(in case of EOL on Higher Study, submit Bond in Form-6 as per Rule 32(3)(b) of CCS (Leave) Rules, 1972.)
5. छुट्टी की अवधि / Period of leave : से / From _____ तक / To _____ कुल दिन / Total days: _____
6. अवकाश से पहले / Prefixed : अवकाश से पहले / Prefixed: _____ अवकाश के बाद / Suffixed: _____
अवकाश के बाद / Suffixed
7. स्टेशन छुट्टी की आवश्यकता / Station Leave required : से / From _____ तक / To _____ कुल दिन / Total days: _____
8. छुट्टी का कारण / Reason for Leave : _____
9. छुट्टी के दौरान का पूरा पता मोबाईल नम्बर सहित / Complete address during leave with mobile no. : _____
10. सौंपे गये कर्तव्यों और अन्य शैक्षणिक / प्रशासनिक कार्यों के लिए वैकल्पिक व्यवस्था: Alternate arrangements for assigned duties and other Academic/Administration work:

क.सं. S.No.	दिनांक / Date	संकाय का नाम / Name of faculty	सौंपे गये कर्तव्य / Assigned duties	हस्ताक्षर / Signature

11) सेवा से मेरे इस्तीफे या स्वैच्छिक सेवानिवृत्ति की स्थिति में। मैं इसके द्वारा वापसी का वचन देता हूँ / In the event of my resignation or voluntary retirement from the service. I hereby undertake to refund:

- a) कि परिवर्तित छुट्टी के दौरान आहरित छुट्टी वेतन और अर्ध वेतन छुट्टी के दौरान स्वीकार्य छुट्टी वेतन के बीच का अंतर / the difference between the leave salary drawn during commuted leave and that admissible during half pay leave.
- b) कि अर्जित छुट्टी की अवधि के लिए आहरित छुट्टी वेतन, जो स्वीकार्य नहीं होता, यदि मेरे त्यागपत्र, स्वैच्छिक सेवानिवृत्ति, बर्खास्तगी या सेवा से हटाए जाने या मेरी सेवाओं की समाप्ति की स्थिति में छुट्टी को अग्रिम रूप से जमा नहीं किया होता / the leave salary drawn for the period of earned leave which would not have been admissible, had leave not been credited in advance in the event of my resignation, voluntary retirement, dismissal or removal from service or in the event of termination of my services.

दिनांक / Date: ____/____/20____

हस्ताक्षर / Signature

विभाग / अनुभाग कार्यालय द्वारा भरा जायेगा।
To be filled by Dept./Section Office

अग्रप्रेषित / Forwarded अग्रप्रेषित नहीं किया गया / Not Forwarded

वर्ष 20____ के दौरान अब तक ली गई कुल स्टेशन छुट्टी : _____
Total station leave taken during the year of 20____: _____

विभागाध्यक्ष / अनुभाग प्रमुख / समन्वयक / कुलसचिव / निदेशक के प्रतिहस्ताक्षर
Counter Signature of HoD/Section Head/Registrar/Director

राष्ट्रीय प्रौद्योगिकी संस्थान, उत्तराखण्ड
NATIONAL INSTITUTE OF TECHNOLOGY, UTTARAKHAND

केवल स्थापना अनुभाग के प्रयोग हेतु / FOR ESTABLISHMENT SECTION USE ONLY

12. आवेदन पत्र प्राप्त हुआ / Application received on _____

13. प्रमाणित किया जाता है कि निम्नलिखित छुट्टी प्रो०/डॉ०/श्रीमती/कु०/श्रीमान _____ को स्वीकार्य है।
Certified that the following leave is admissible to Prof./Dr./Mrs./Ms./Mr. _____

विवरण / Particulars		अर्जित छुट्टी / Earned Leave	अर्ध वेतन छुट्टी / Half Pay Leave	चिकित्सा प्रमाण पत्र पर परिवर्तित छुट्टी / Commuted Leave on Medical Certificate	अनर्जित छुट्टी / Leave Not Due (LND)	असाधारण छुट्टी / E.O.L.* () Medical Ground () Higher Studies () Personal reasons
अ / a) जमा छुट्टी / Leave at Credit					-	-
ब / b) छुट्टी के लिए आवेदन / Leave Applied	दिनांक / Date	___/___/20___ से / to ___/___/20___	___/___/20___ से / to ___/___/20___	___/___/20___ से / to ___/___/20___	___/___/20___ से / to ___/___/20___	___/___/20___ से / to ___/___/20___
	दिन / Days					
स / c) शेष छुट्टी (अ-ब) / Balance of Leave (a-b)						-
ह / d) छुट्टी की कटौती / Leave Deductions		-	-	-	-	अर्जित छुट्टी EL- अर्ध वेतन छुट्टी HPL-
टिप्पणियां / Remarks						

* 03 माह तक कुलसचिव एवं 03 माह से अधिक तक निदेशक / Registrar upto 03 months and Director for more than 03 months.

ब्यौरे की जाँच की गई तथा सेवा
पुस्तिका में दर्ज किया / Particulars
checked and recorded in service
book

जांचा एवं सत्यापित किया /
Checked & verified

संस्तुत संस्तुत नहीं किया गया
Recommended Not Recommended

कनिष्ठ सहायक (स्थापना)
Junior Assistant (Estt.)

अधीक्षक (स्थापना)
Superintendent (Estt.)

सहायक / उप-कुलसचिव (स्थापना)
Asstt./Dy. Registrar (Estt.)

विभागाध्यक्ष / अनुभाग प्रमुख
HoD/Section Head

अधिष्ठाता (संकाय कल्याण)
Dean (FW)

निदेशक
Director

सेवा में / To

सहायक / उप-कुलसचिव (स्थापना) / Asstt./Dy. Registrar (Estt.)

राष्ट्रीय प्रौद्योगिकी संस्थान, उत्तराखण्ड
NATIONAL INSTITUTE OF TECHNOLOGY, UTTARAKHAND

प्रपत्र-3 एवं 4 / FORM-3 & 4

छुट्टी या छुट्टी के विस्तार या छुट्टी के रुपांतरण के लिए चिकित्सा प्रमाण पत्र
MEDICAL CERTIFICATE FOR LEAVE OR EXTENSION OF LEAVE OR COMMUTATION OF LEAVE

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर _____

मैं _____ मामले की सावधानीपूर्वक व्यक्तिगत जांच के पश्चात प्रमाणित करता/करती हूँ कि डॉ०/श्रीमान/श्रीमती/कु० _____ जिनके हस्ताक्षर ऊपर दिये गये हैं _____ से पीड़ित है और मैं मानता/मानती हूँ कि दिनांक _____ से छुट्टी से अनुपस्थिति की अवधि उनके स्वास्थ्य की बहाली के लिए नितांत आवश्यक है।

Signature of the Government servant _____

I _____ after careful personal examination of the case hereby certify that Dr./Mr./Mrs./Ms. _____ whose signature is given above, is suffering from _____ and I consider that a period of absence from duty with effect from _____ is absolutely necessary for the restoration of his/her health.

दिनांक / Date: _____

अधिकृत चिकित्सा परिचारक या अन्य पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर
Authorized Medical Attendant or other Registered Medical Practitioner

प्रपत्र-5 / FORM-5

छुट्टी पर लौटने के लिए कर्मचारी का स्वस्थता प्रमाण पत्र
MEDICAL CERTIFICATE OF FITNESS TO RETURN TO DUTY

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर _____

हम/मैं _____ एतद्वारा प्रमाणित करते हैं कि हमने/मैंने डॉ०/श्रीमान/श्रीमती/कु० _____ की सावधानीपूर्वक जांच की है जिनके हस्ताक्षर ऊपर दिये गये हैं और यह पाते हैं कि वह अपनी बीमारी से ठीक हो गये/गयीं हैं और एनआईटी उत्तराखण्ड में फिर से अपने कर्तव्यों को दिनांक _____ से शुरू करने के लिए फिट हैं। हम/मैं यह भी प्रमाणित करते हैं कि इस निर्णय पर पहुंचने से पूर्व, हमने/मैंने मामले के मूल चिकित्सा प्रमाणपत्र और विवरण (या उसकी प्रमाणित प्रतियों) की जांच की है जिस पर छुट्टी दी गई थी या बढ़ाई गई थी और हमारे/मेरे निर्णय पर पहुंचने में हमने/मैंने इन्हें ध्यान में रखा है।

Signature of the Government servant _____

We/I _____ do hereby certify that We/I have carefully examined Dr./Mr./Mrs./Ms. _____ whose signature is given above, and find that he/she recovered from his/her illness and is now fit to resume duties in NIT Uttarakhand with effect from _____. We/I also certify that before arriving at this decision, We/I have examined the original medical certificate(s) and statement(s) of the case (or certified copies thereof) on which leave was granted or extended and have taken these into consideration in arriving at our/my decision.

दिनांक / Date: _____

सिविल सर्जन / स्टाफ सर्जन / अधिकृत चिकित्सा परिचारक / पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर
Civil Surgeon/Staff Surgeon/Authorized Medical Attendant/ Registered Medical Practitioner

राष्ट्रीय प्रौद्योगिकी संस्थान, उत्तराखण्ड
NATIONAL INSTITUTE OF TECHNOLOGY, UTTARAKHAND

सं०सं०/Ref. No.NITUK/_____

दिनांक/Date:_____

कार्यग्रहण रिपोर्ट / JOINING REPORT

सेवा में/To

कुलसचिव/The Registrar

राष्ट्रीय प्रौद्योगिकी संस्थान, उत्तराखण्ड/National Institute of Technology, Uttarakhand

श्रीनगर (गढ़वाल), उत्तराखण्ड/Srinagar (Garhwal), Uttarakhand

महोदय/Sir,

कार्यालय आदेश संख्या०A-_____ दिनांक _____ के अनुपालन में एवं निम्नलिखित छुट्टी/छुट्टियों की समाप्ति पर
With reference to the Office Order No.A-_____ dated _____ and on expiry of

- अर्जित छुट्टी/Earned Leave
 अर्ध वेतन छुट्टी/Half Pay Leave
 रुपान्तरित छुट्टी/Commuted Leave*
 अनार्जित छुट्टी/LND**
 असाधारण छुट्टी/Extraordinary Leave**

मेरे द्वारा कार्यग्रहण दिनांक (पूर्वाहन) से ग्रहण कर लिया है।

I report for duty with effect from _____ (FN).

* मूल रूप में चिकित्सा फिटनेस प्रमाण पत्र जमा करें।/Submit medical fitness certificate in original.

** चिकित्सा आधार पर असाधारण छुट्टी/अनार्जित छुट्टी के मामले में चिकित्सा फिटनेस प्रमाण पत्र मूल रूप में जमा करें।
Incase of EOL and LND on medical grounds submit medical fitness certificate in original.

सधन्यवाद/Thanking you,

दिनांक/Date: _____

हस्ताक्षर/Signature

नाम/Name: _____

पद/Designation: _____

विभाग/अनुभाग/Dept./Section: _____

स्थापना अनुभाग को अग्रसारित की जाती है।

Forwarded to the Estt. Section

विभागाध्यक्ष/अनुभाग अधिकारी के हस्ताक्षर

Signature of HoD/Section Head

सेवा में/To

सहायक/उप कुलसचिव (स्थापना)/Asstt./Dy. Registrar (Establishment)