

**राष्ट्रीय प्रौद्योगिकी संस्थान, उत्तराखण्ड**  
**NATIONAL INSTITUTE OF TECHNOLOGY, UTTARAKHAND**

संदर्भ सं० / Ref. No. NITUK/ \_\_\_\_\_

गैर-संकाय / NON-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 / अनुभाग / Dept./Section : \_\_\_\_\_
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 के बाद / Suffixed : अवकाश से पहले / Prefixed: \_\_\_\_\_ 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 प्रशासनिक कार्यों के लिए वैकल्पिक व्यवस्था: Alternate arrangements for assigned duties and other Administration work: \_\_\_\_\_

क.सं. S.No.	दिनांक / Date	गैर-संकाय का नाम / Name of non-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

अग्रेषित / Forwarded  अग्रेषित 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-
टिप्पणियां / Remarks						अर्ध वेतन छुट्टी HPL-

\* 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

कुलसचिव  
Registrar

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/Commutated 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)