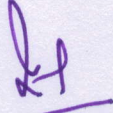


राष्ट्रीय आरोग्य अभियानांतर्गत कार्यरत समुदाय आरोग्य अधिकारी यांच्या
आंतरजिल्हा बदली सन २०२६ करिताच्या एकवेळच्या विनंती
बदल्याबाबत सुचना दिनांक

राष्ट्रीय आरोग्य अभियानांतर्गत कार्यरत समुदाय आरोग्य अधिकारी यांच्या
आंतरजिल्हा बदली प्रक्रिया राज्यस्तरावर राबविण्यात येणार असून, त्यासाठी
इच्छुक समुदाय आरोग्य अधिकारी यांचे विनंती अर्ज सोबत जोडलेल्या विहित
नमुन्यात स्वाक्षरी करून दिनांक ११ मे २०२६ सायंकाळी ६.१५ वाजेपर्यंत
(कार्यालयीन वेळेत) राष्ट्रीय आरोग्य अभियान, जिल्हा आरोग्य अधिकारी
कार्यालय, जिल्हा परिषद नागपूर येथे सादर करण्यात यावे. विहित मुदतीच्या
बाहेर प्राप्त अर्जाचा विचार केला जाणार नाही याची नोंद घ्यावी.


जिल्हा आरोग्य अधिकारी
जिल्हा परिषद, नागपूर

विनंती अर्ज

समुदाय आरोग्य अधिकारी एकवेळची विशेष बाब म्हणून विनंती बदली अर्ज

संदर्भ- शासन निर्णय क्रमांक: संकीर्ण- १०२४/प्र.क्र.५५६/(ई- ११२१३५३) एनएचएम दिनांक: २७ मे, २०२५

१. समुदाय आरोग्य अधिकाऱ्याचे नाव : _____

२. सद्यस्थितीत कार्यरत असलेले ठिकाण: -

- जिल्हा: _____
- तालुका: _____
- प्राथमिक आरोग्य केंद्राचे नाव: _____
- उपकेंद्राचे नाव: _____

फोटो

३. समुदाय आरोग्य अधिकारी पदाचा प्रथम नियुक्ती दिनांक: _____

४. जात: _____ ५. मुळ प्रवर्ग: _____ ६. निवडीचा प्रवर्ग: _____

७. बदलीसाठी पसंतीचे ठिकाण :

पसंती क्र.	जिल्हा	तालुका	प्राथमिक आरोग्य केंद्राचे नाव	उपकेंद्राचे नाव
१				
२				
३				
४				
५				

८. यापूर्वी बदली झाली आहे का? (होय/ नाही) : _____

९. बदलीचा विकल्प (योग्य त्या ठिकाणी टिक (✓) करावे (विकल्पास समर्पक पुरव्याचे कागदपत्र सोबत जोडावेत) :

- पती पत्नी एकत्रीकरण []
- दुर्धर आजाराणे कुटुंबातील व्यक्ति आजारी असल्यास []

• जागांच्या उपलब्धतेनुसार []

• विनंती बदली []

१०. सद्यस्थितीत मिळणारे वेतन: _____

११. समुदाय आरोग्य अधिकारी नियुक्ती तपशील -

अ.क्र.	नियुक्ती कालावधी		एकूण कार्यरत कालावधी (वर्ष/महिना/दिवस)	मूल्यांकन अहवालावरील (Performance Report) पुनरावलोकन अधिकारी (Reviewing Officer) यांचा अभिप्राय (Good, Excellent, Outstanding)	शेरा
	पासून	पर्यन्त			

वरील दिलेली सर्व माहिती खरी असून त्यामध्ये काही खोटे आढळून आल्यास होणा-या कार्यवाहीस मी स्वतः जबाबदार राहिल. याची मला जाणीव आहे.

स्वाक्षरी
समुदाय आरोग्य अधिकारी
नाव- _____
उपकेंद्र - _____
प्रा.आ. केंद्र. _____
दिनांक-

स्वाक्षरी
जिल्हा आरोग्य अधिकारी,
जिल्हा परिषद _____

*** सोबत जोडावयाचे कागदपत्रे ***

१. प्रथम नियुक्ती आदेश व सर्व पुनर्नियुक्ती आदेश.
२. विवाह प्रमाणपत्र.
३. दुर्धर आजाराने ग्रस्त असल्याबाबतचे प्रमाणपत्र.
