

प्रेषक

निदेशक,  
कोषागार, पेंशन एवं हकदारी, उत्तराखण्ड,  
23, लक्ष्मी रोड, डालनवाला,  
देहरादून।

सेवा में,

समस्त मुख्य/वरिष्ठ कोषाधिकारी/कोषाधिकारी/वित्त अधिकारी,  
उत्तराखण्ड/नई दिल्ली।

संख्या 266 /17(मुख्य)/भाग-2/वा0स्था0-2018/नि0को0पें0ह0/2018 दिनांक 23 अप्रैल, 2018

विषय: लोक सेवकों के लिए वार्षिक स्थानान्तरण अधिनियम, 2017 में किये गये प्राविधानानुसार स्थानान्तरण सत्र 2019-20 के लिए अनुरोध के आधार पर पात्र कार्मिकों से 10 इच्छित स्थानों हेतु विकल्प आमंत्रित किये जाने के सम्बन्ध में।।

महोदय,

उपयुक्त विषयक के सम्बन्ध में कहना है उत्तराखण्ड लोक सेवकों के लिए वार्षिक स्थानान्तरण अधिनियम, 2017 एवं शासनदेश संख्या 118/XXX-2/2018-30(13)/2019 दि0 23 अप्रैल, 2019 में किये गये प्राविधानों एवं प्रतिबन्धों के अधीन उपकोषाधिकारी/सहायक कोषाधिकारी/सहायक कोषाधिकारी (रोकड़) से अधिसूचना संख्या 12 दि0 05 जनवरी, 2018 के पैरा-13 व 14 के अनुसार अनुरोध के आधार पर स्थानान्तरण हेतु अधिकतम 10 इच्छित स्थानों के लिए विकल्प-पत्र प्रारूप-04, 05 एवं 06 पर आमंत्रित किये जाते हैं। प्रत्येक कार्मिक द्वारा पृथक-पृथक प्रारूप पर विवरण/सूचना प्रस्तुत की जायेगी तथा विकल्प प्राथमिकता कम में दिया जाना अनिवार्य होगा।

अतः अपने-अपने जनपदीय कोषागारों के अधीनस्थ कोषागारों/उपकोषागारों में तैनात उपकोषाधिकारी/सहायक कोषाधिकारी/सहायक कोषाधिकारी (रोकड़) से अनुरोध के आधार पर स्थानान्तरण चाहने वाले कार्मिकों से विकल्प-पत्र प्रारूप-04, 05 एवं 06 ( कारणों का स्पष्ट उल्लेख एवं वांछित अभिलेखों की सत्यापित छाया प्रतियां सहित) पर प्राप्त कर संयुक्त रूप से एकत्रित करते हुए दिनांक 06.05.2019 तक विशेष वाहक के माध्यम से निदेशालय को उपलब्ध कराना सुनिश्चित करें। अनिवार्य स्थानान्तरण एवं स्वयं के अनुरोध के आधार पर स्थानान्तरण चाहने हेतु विकल्प अलग-अलग निर्धारित प्रारूप में भरकर उपलब्ध कराये जाने होंगे।

संलग्नक: उपरोक्तानुसार।

भवदीय,

( एल0एन0 पन्त )  
निदेशक।

संख्या एवं दिनांक उपरोक्तानुसार।

प्रतिलिपि समस्त उपकोषाधिकारी/सहायक कोषाधिकारी/सहायक कोषाधिकारी (रोकड़) उत्तराखण्ड/ नई दिल्ली को निदेशित किया जाता है कि अनुरोध के आधार पर स्थानान्तरण चाहने हेतु वांछित प्रारूप 04, 05 व 06 जैसी भी स्थिति हो, पर सूचना/विवरण भरते हुए तत्काल सम्बन्धित कोषागार अधिकारियों को उपलब्ध कराना सुनिश्चित करें।

( एल0एन0 पन्त )  
निदेशक।

mailed  
RE  
29/04/19

प्रारूप -4

## अनुरोध के आधार पर स्थानान्तरण चाहने हेतु विकल्प

उपकोषागारों में तैनात उपकोषाधिकारियों के वार्षिक स्थानान्तरण सत्र 2019-20 के प्रयोजनार्थ सेवा विवरण (प्रत्येक कार्मिकों द्वारा निम्नलिखित प्रारूप पर पृथक-पृथक स्वयं का सेवा विवरण भरा जायेगा)

| क्र० सं० | जनपद | उपकोषाधिकारी का नाम | कोषागार का नाम जहां पर वर्तमान में तैनात हैं। | जन्मतिथि | से०नि० का दिनांक | गृह जनपद | प्रथम नियुक्ति से वर्तमान कार्यालय तक समस्त तैनातियों का विवरण (सम्बद्धता, प्रतिनियुक्ति अवधि यदि कोई हो, का पृथक से उल्लेख करें।) | कोषागार / उपकोषागार का नाम | कब से | कब तक | कुल अवधि (साल / माह / दिन) | सुगम एवं दुर्गम क्षेत्रों में तैनाती किये जाने हेतु अधिकतम 10 इच्छित स्थानों का नाम ( प्राथमिकता कम से कम) | अनुरोध के आधार पर स्थानान्तरण किये जाने का कारण ( धारा 13 व 14 के अनुसार आवश्यक अभिलेख संलग्न करते हुए) | अभिनियुक्ति |
|----------|------|---------------------|-----------------------------------------------|----------|------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------|-------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1        | 2    | 3                   | 4                                             | 5        | 6                | 7        |                                                                                                                                    | 8                          | 9     | 10    | 11                         | 12                                                                                                         | 13                                                                                                      | 14          |
|          |      |                     |                                               |          |                  |          |                                                                                                                                    |                            |       |       |                            |                                                                                                            |                                                                                                         |             |
|          |      |                     |                                               |          |                  |          |                                                                                                                                    |                            |       |       |                            |                                                                                                            |                                                                                                         |             |
|          |      |                     |                                               |          |                  |          |                                                                                                                                    |                            |       |       |                            |                                                                                                            |                                                                                                         |             |
|          |      |                     |                                               |          |                  |          |                                                                                                                                    |                            |       |       |                            |                                                                                                            |                                                                                                         |             |
|          |      |                     |                                               |          |                  |          |                                                                                                                                    |                            |       |       |                            |                                                                                                            |                                                                                                         |             |
|          |      |                     |                                               |          |                  |          |                                                                                                                                    |                            |       |       |                            |                                                                                                            |                                                                                                         |             |

प्रमाण-पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि सम्बन्धित उपकोषाधिकारी द्वारा प्रस्तुत प्रारूप में अंकित सेवा विवरणों की जांच कर ली गयी है। कार्यालय अभिलेखों/सेवा पुस्तिका के अनुसार दी गयी सूचनाएँ सही हैं।

हस्ताक्षर  
मुख्य/वरिष्ठ/कोषाधिकारी  
(नाम पदनाम मोहर सहित।)

प्रारूप -5

अनुरोध के आधार पर स्थानान्तरण चाहने हेतु विकल्प

कोषागारों/उपकोषागारों में तैनात सहायक कोषाधिकारी के वार्षिक स्थानान्तरण सत्र 2019-20 के प्रयोजनार्थ सेवा विवरण (प्रत्येक कार्मिकों द्वारा निर्धारित प्रारूप पर पृथक-पृथक स्वयं का सेवा विवरण भरा जायेगा)

| क्र० सं० | जनपद | सहायक कोषाधिकारी का नाम | कोषागार का नाम जहाँ पर वर्तमान में तैनात हैं। | जन्मतिथि | से०/नि० का दिनांक | गृह जनपद | प्रथम नियुक्ति से वर्तमान कार्यालय तक समस्त तैनातियों का विवरण (सम्बद्धता, प्रतिनियुक्ति अवधि यदि कोई हो, का पृथक से उल्लेख करें।) | कोषागार / उपकोषागार का नाम | कब से | कब तक | कुल अवधि (साल/माह/दिन) | सुरंग एवं दुर्गम क्षेत्रों में तैनाती किये जाने हेतु अधिकतम 10 इच्छित स्थानों का नाम (प्राथमिकता कम से) | अनुरोध के आधार पर स्थानान्तरण किये जाने का कारण (धारा 13 व 14 के अनुसार आवश्यक अभिलेख संलग्न करते हुए) | अभियुक्ति |
|----------|------|-------------------------|-----------------------------------------------|----------|-------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------|-------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1        | 2    | 3                       | 4                                             | 5        | 6                 | 7        |                                                                                                                                    | 8                          | 9     | 10    | 11                     | 12                                                                                                      | 13                                                                                                     | 14        |
|          |      |                         |                                               |          |                   |          |                                                                                                                                    |                            |       |       |                        |                                                                                                         |                                                                                                        |           |
|          |      |                         |                                               |          |                   |          |                                                                                                                                    |                            |       |       |                        |                                                                                                         |                                                                                                        |           |
|          |      |                         |                                               |          |                   |          |                                                                                                                                    |                            |       |       |                        |                                                                                                         |                                                                                                        |           |
|          |      |                         |                                               |          |                   |          |                                                                                                                                    |                            |       |       |                        |                                                                                                         |                                                                                                        |           |
|          |      |                         |                                               |          |                   |          |                                                                                                                                    |                            |       |       |                        |                                                                                                         |                                                                                                        |           |
|          |      |                         |                                               |          |                   |          |                                                                                                                                    |                            |       |       |                        |                                                                                                         |                                                                                                        |           |
|          |      |                         |                                               |          |                   |          |                                                                                                                                    |                            |       |       |                        |                                                                                                         |                                                                                                        |           |

प्रमाण-पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि सम्बन्धित सहायक कोषाधिकारी द्वारा प्रस्तुत प्रारूप में अंकित सेवा विवरणों की जांच कर ली गयी है। कार्यालय अभिलेखों/सेवा पुस्तिका के अनुसार दी गयी सूचनाएँ सही हैं।

हस्ताक्षर  
मुख्य/वरिष्ठ/कोषाधिकारी  
(नाम पदनाम मोहर सहित।)

प्रारूप -6

अनुरोध के आधार पर स्थानान्तरण चाहने हेतु विकल्प

कोषागारों में तैनात सहायक कोषाधिकारी (रोकड़) के वार्षिक स्थानान्तरण वर्ष 2019-20 के प्रयोजनार्थ सेवा विवरण (प्रत्येक कार्मिकों द्वारा निर्धारित प्रारूप पर पृथक-पृथक स्वयं का सेवा विवरण भरा जायेगा)

| क्र० सं० | जनपद | सहायक कोषाधिकारी (रोकड़) | कोषागार का नाम जहां पर वर्तमान में तैनात है। | जन्मतिथि | से०नि० का दिनांक | गृह जनपद | प्रथम नियुक्ति से वर्तमान कार्यालय तक समस्त तैनातियों का विवरण (सम्बद्धता, प्रतिनियुक्ति अवधि यदि कोई हो, का पृथक से उल्लेख करें।) | सुगम एवं दुर्गम क्षेत्रों में तैनाती किये जाने हेतु अधिकतम 10 इच्छित स्थानों का नाम (प्राथमिकता क्रम में) | अनुरोध के आधार पर स्थानान्तरण किये जाने का कारण (धारा 13 व 14 के अनुसार आवश्यक अभिलेख संलग्न करते हुए) | अभियुक्ति |    |    |    |
|----------|------|--------------------------|----------------------------------------------|----------|------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----|----|----|
| 1        | 2    | 3                        | 4                                            | 5        | 6                | 7        | कोषागार /उपकोषागार का नाम                                                                                                          | कब से कब तक                                                                                               | कुल अवधि (साल/ माह /दिन                                                                                | 11        | 12 | 13 | 14 |
|          |      |                          |                                              |          |                  |          |                                                                                                                                    |                                                                                                           |                                                                                                        |           |    |    |    |
|          |      |                          |                                              |          |                  |          |                                                                                                                                    |                                                                                                           |                                                                                                        |           |    |    |    |
|          |      |                          |                                              |          |                  |          |                                                                                                                                    |                                                                                                           |                                                                                                        |           |    |    |    |
|          |      |                          |                                              |          |                  |          |                                                                                                                                    |                                                                                                           |                                                                                                        |           |    |    |    |
|          |      |                          |                                              |          |                  |          |                                                                                                                                    |                                                                                                           |                                                                                                        |           |    |    |    |
|          |      |                          |                                              |          |                  |          |                                                                                                                                    |                                                                                                           |                                                                                                        |           |    |    |    |
|          |      |                          |                                              |          |                  |          |                                                                                                                                    |                                                                                                           |                                                                                                        |           |    |    |    |
|          |      |                          |                                              |          |                  |          |                                                                                                                                    |                                                                                                           |                                                                                                        |           |    |    |    |
|          |      |                          |                                              |          |                  |          |                                                                                                                                    |                                                                                                           |                                                                                                        |           |    |    |    |

प्रमाण-पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि सम्बन्धित उपकोषाधिकारी द्वारा प्रस्तुत प्रारूप में अंकित सेवा विवरणों की जाँच कर ली गयी है। कार्यालय अभिलेखों/सेवा पुस्तिका के अनुसार दी गयी सूचनाएँ सही हैं।



हस्ताक्षर  
मुख्य/वरिष्ठ/कोषाधिकारी  
(नाम पदनाम मोहर सहित।)