

શિક્ષણ વિભાગનાં ક્રમાંક : પી.આર.ઈ/૧૧૦૪/૬૬૧-ક/તા.૦૪/૦૬/૨૦૦૪માં થયેલ જોગવાઈ અન્વયે પ્રાથમિક શિક્ષકની તબીબી કારણોસર ખાસ કિસ્સામાં બદલી કરવા માટે સરકારશ્રીની મંજૂરી મેળવવા અંગે જીલ્લા/નગર પ્રાથમિક શિક્ષણાધિકારીની કચેરીએથી ભરવાનું થતું ચેક લીસ્ટ.

| | | | |
|----|---|---|--|
| ૧ | શિક્ષકનું નામ અને હોદ્દો | : | |
| ૨ | શિક્ષકનું મુળ વતન અને જીલ્લો | : | |
| ૩ | શિક્ષકની હાલની ફરજવાળી પ્રાથમિક શાળાનું નામ તથા સરનામું (ગામ/શહેર અને તાલુકો / જીલ્લો) | : | |
| ૪ | શિક્ષકની હાલની ફરજવાળી શાળામાં થયેલ નિમણૂક તારીખ | : | |
| ૫ | શિક્ષકની ખાતામાં નિમણૂક તારીખ (મૂળ નિમણૂક તારીખ) | : | |
| ૬ | વિદ્યા સહાયકમાંથી પ્રાથમિક શિક્ષક તરીકે નિયમિત થયા તારીખ | : | |
| ૭ | શિક્ષકનો હાલનો બેઝીક પગાર | : | |
| ૮ | પ્રાથમિક શિક્ષકની જન્મ તારીખ | : | |
| ૯ | પ્રાથમિક શિક્ષકની વય નિવૃત્ત તારીખ | : | |
| ૧૦ | બદલીનો પ્રકાર (આંતરીક / જીલ્લા ફેરબદલી) | : | |
| ૧૧ | શિક્ષકે પોતાના જીલ્લાની કઈ પ્રાથમિક શાળામાં બદલી કરાવવી છે? તેનું નામ, સરનામું જણાવેલ છે કે કેમ? | : | |
| ૧૨ | મજકુર શિક્ષક/ શિક્ષિકા પોએ અથવા તેમને પતિ કે પત્ની કે સંતાનો પૈકી કોણ-કોણ ક્યારથી કેવા પ્રકારની અસાધ્ય બિમારીથી પીડાય છે? | : | |
| ૧૩ | મજકુરની બિમારી અંગે જે તે હોસ્પિટલમાં સારવાર કરાવેલ હોય કે, હાલ સારવાર ચાલતી હોય તો તે હોસ્પિટલનું નામ, સરનામું જણાવવું. | : | |
| ૧૪ | તેમના બિમારીની સારવાર અંગે જીલ્લાનાં સિવિલ સર્જનશ્રીનું પ્રમાણપત્ર સામેલ છે કે કેમ? | : | |
| ૧૫ | સારવાર અંગે દવાના બીલો તથા પ્રિસ્ક્રીપ્શન તથા પ્રમાણિત નકલો સામેલ છે કે કેમ? | : | |
| ૧૬ | બિમારીની સારવાર દરમ્યાન શિક્ષકે લીધેલ રજાનો પ્રકાર અને ક્યારથી ક્યા સુધી રજા ભોગવેલ છે? તે સમયગાળાના આધાર પુરાવા સામેલ રાખેલ છે કે કેમ? | : | |
| ૧૭ | પ્રાથમિક શિક્ષકની ખાસ કિસ્સાની બદલીની રજુ થયેલ દરખાસ્તમાં પાનાં ન આપવામા આવેલ છે કે કેમ? | : | |

–: પ્રમાણપત્ર :-

તબીબી કારણોસર ખાસ કિસ્સામાં બદલી કરવા માટે સરકારશ્રી શિક્ષણ વિભાગની મંજૂરી મેળવવા અંગે મજકુર શિક્ષકે ઉપર જણાવેલ નિયત ચેક લીસ્ટના ક્રમ નં ૧ થી ૧૭ અંગેની તમામ વિગતોની તેમના રેકોર્ડ આધારીત અમોએ ચકાસણી કરેલ છે અને તે તમામ વિગતો નિયમોનુસાર અને સાચી હોવા બદલ આ પ્રમાણપત્ર આપવામાં આવે છે અને સરકારશ્રીના શિક્ષણ વિભાગનાં તારીખ :-૦૪/૦૬/૨૦૦૪ ઠરાવમાં જણાવ્યા મુજબની અસાધ્ય બિમારીનાં કારણોસર મજકુર અરજદાર શિક્ષકની તબીબી કારણોસર ખાસ કિસ્સામાં બદલી કરવા માટે સરકારશ્રીમાં મંજૂરી માટે અમારી ભલામણ છે.

..... ઉ.શિ. પ્રાથમિક શાળા નં:-

૧. જી.ન. પ્રા. શિક્ષણાધિકારીશ્રીની કચેરીનાં
બદલી અંગેની કામગીરી સંભાળતા
કર્મચારીની સહી

૨. જી./ન.પ્રા.શિક્ષણાધિકારી સહી / સિક્કો

શાસનાધિકારી
નગર પ્રાથમિક શિક્ષણ સમિતિ
ભાવનગર

શિક્ષકો/વિદ્યાસહાયકએ તબીબી સારવારના કારણોસર બદલી માંગણીના ચેકલિસ્ટ

મુદ્દા નં-૧૬ના સમર્થન માટે રજાની વિગતોનું પત્રક

- (૧) શિક્ષક / વિદ્યાસહાયકનું નામ :-.....
(૨) શાળાનું નામ / તાલુકો :-.....
(૩) દર્દીનું નામ :-.....
(૪) દર્દી સાથેનો સંબંધ :-.....
(૫) બિમારીનું નામ :-.....
(૬) બિમારી કેટલા સમયથી છે ? :-.....

ભાગ :- ૧ (સારવાર સમયની વિગતો)

| ક્રમ | હોસ્પિટલનું નામ | સારવારનો સમયગાળો | |
|------|-----------------|--------------------|----------|
| | | તારીખથી તારીખ સુધી | કુલ દિવસ |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ભાગ :- ૨ (સારવાર શરૂ થયા તારીખથી દરખાસ્ત સુધીમાં સારવાર હેતુસર લીધેલ રજાની વિગતો)

| ક્રમ | રજાનો સમયગાળો | રજાનો પ્રકાર | રજાના દિવસો | મંજૂર કર્યાની તારીખ |
|------|---------------|--------------|-------------|---------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

-: પ્રમાણપત્ર :-

આથી પ્રમાણિત કરવામાં આવેલ છે કે ઉપર મુજબની રજાઓની નોંધ મજકૂર શિક્ષકની સેવાપોથીમાં કરવામાં આવેલ છે.

શાસનાધિકારી
નગર 5FYIDS IX1F6 ; IDIT
ભાવનગર

શિક્ષણ વિભાગ હેઠળનાં પ્રાથમિક શિક્ષકોની તબીબી કારણોસર ખાસ કિસ્સામાં બદલી કરવાની
અરજી સાથે રજૂ કરવાનાં મેડીકલ બોર્ડનાં અભિપ્રાયનો નમૂનો
અરજદારે ભરવાની વિગત

દર્દીનો તાજેતરનો
પાસપોર્ટ સાઈઝનો
ફોટો પ્રક

| | | |
|---|--|--|
| ૧ | અરજદાર પ્રાથમિક શિક્ષક / શિક્ષિકાનું નામ અને હોદ્દો અને હાલની શાળાનું નામ, સરનામું | |
| ૨ | બદલીની માંગણીનું સ્થળ / શાળા, તાલુકા અને જિલ્લાનું નામ | |
| ૩ | કોને રોગ થયેલ છે? પોતાને/પતિને કે પત્નીને /સંતાનને | |
| ૪ | ક્યારથી રોગ થયેલો છે? | |
| ૫ | સરવાર કઈ હોસ્પિટલમાં ચાલુ છે. ? | |
| ૬ | સારવાર શરૂ કર્યાની તારીખ | |

અરજદારની સહી

તારીખ :-

મેડીકલ બોર્ડનો અભિપ્રાય

| | | |
|---|--|--|
| ૧ | રોગનું પુરૂ નામ | |
| ૨ | રોગના લક્ષણો, કારણો સહિતનું વર્ણન | |
| ૩ | રોગ અસાધ્ય અને ગંભીર છે કે કેમ? | |
| ૪ | રોગ અસાધ્ય હોવા અંગેની ચોક્કસ વિગતો વર્ણન અને જરૂરી હોય ત્યાં રોગનું Stage (તબક્કો) | |
| ૫ | રોગ સર્જરી અથવા દવાઓ કે અન્ય રીતે નિયંત્રણમાં રહે (Control) કે મટી શકે તેમ હોય તો તેની વિગતો / સ્પષ્ટ અભિપ્રાય | |
| ૬ | માંગણીની જગ્યાએ બદલી કરવામાં આવે તો રોગની સારવાર માટેની સવલત તે જગ્યાએ ઉપલબ્ધ છે? જો હા તો તે અંગેની સંબંધિત હોસ્પિટલનાં નામ અને સરનામા સહિતની વિગતો | |

તારીખ :-

મેડીકલ બોર્ડનાં સભ્યશ્રીઓના સુવાચ્ય નામ અને સહી.

નોંધ :- અલગ પાના પર વિગતો લખવાની થાય તો બોર્ડનાં સભ્યશ્રીઓએ સહી કરીએ રજૂ કરે શકશે.