

## स्थानीय तहको स्वास्थ्य सेवा तर्फको कर्मचारीको वैयक्तिक विवरण फाराम( सिटरोल )

संलग्न गर्नुपर्ने कागजातहरू:

१. शैक्षिक योग्यता र नेपाली नागरिकताको प्रमाणपत्रहरूको प्रतिलिपी प्रमाणित (सेवा प्रवेश गर्नुपूर्वको उमेर खुलेको शैक्षिक योग्यता र नेपाली नागरिकता हुनुपर्ने )
२. यस अधिको सरकारी सेवामा रही स्थायी पदमा काम गरेको भए सो को विवरण स्पष्टसँग उल्लेख गरी तत् सम्बन्धी कागजातहरूको प्रमाणित प्रतिलिपी ।
३. सम्बन्धित कार्यालयबाट सिटरोल दर्ता गरी प्रमाणित गरिदिने भन्ने व्यहोराको पत्र ।
४. कार्यालयमा सुरु स्थायी नियुक्ती हुदाँको हाजिरी भएको जानकारी पत्र ।
५. स्थायी नियुक्ती हुँदा पेश गरेको निरोगिता र शपथ ग्रहणको प्रमाणित प्रतिलिपी ।
६. लोकसेवा आयोगको सिफारिस पत्रको सक्कलै वा प्रमाणित प्रतिलिपी ।
७. तालिमको प्रमाणपत्रको प्रमाणित प्रतिलिपी र अन्य कागजातहरूको प्रतिलिपी ।

कर्मचारीको नाम :

नेपालीमा (देवनागरी लिपी) .....

अंग्रेजीमा (BLOCK LETTER) .....

कर्मचारी संकेत नम्बर (प्रदेश किताबखानाले भर्ने )

नेपाली अंकमा

अंग्रेजी अंकमा


स्थानीय तहको स्वास्थ्य सेवा तर्फको कर्मचारीको वैयक्तिक विवरण फाराम(सिटरोल )

फाराम नं. ०१

वैयक्तिक विवरण  
सिलीचोड गाउँपालिका

कर्मचारीको हालसालै  
खिचिएको दुवै कान देखिने  
पासपोर्ट साईजको फोटो  
(सिटरोल प्रमाणित गर्ने  
अधिकारीले फोटो समेत  
प्रमाणित गरेको हुनुपर्नेछ ।

१. कर्मचारीको पूरा नाम र थर

नेपालीमा: (देवनागरी लिपी) .....

अंग्रेजीमा: (BLOCK LETTER) .....

जन्म मिति विवरण: (वि.सं.) ..... (ई.सं.) .....

नागरिकता नं. .... जारी जिल्ला: ..... जारी मिति: .....

राष्ट्रिय परिचयपत्र नं. .... जारी जिल्ला: ..... जारी मिति: ..... रक्त समूह: .....

बाबुको नाम थर: (नेपालीमा) :.....

पेशा:

बाबुको नाम थर: (अंग्रेजीमा).....

पेशा:

आमाको नाम थर: (नेपालीमा) .....

पेशा:

आमाको नाम थर: (अंग्रेजीमा) .....

पेशा:

बाजेको नाम थर: (नेपालीमा).....

पेशा:

बाजेको नाम थर: (अंग्रेजीमा) .....

पेशा:

विवाहित भए पति / पत्तिको नाम (नेपालीमा).....

पेशा.....

(अंग्रेजीमा).....

छोरीको संख्या.....

छोराको संख्या:.....

नाम थर:.....

नाम थर:.....

नाम थर:.....

नाम थर:.....

नाम थर:.....

नाम थर:.....

२. ठेगाना सम्बन्धी विवरण

	स्थायी ठेगाना		अस्थायी ठेगाना	
	नेपालीमा	अंग्रेजीमा	नेपालीमा	अंग्रेजीमा
प्रदेश				
जिल्ला				
गा.पा / न.पा				
वडा नं.				
टोल / मार्ग				
घर /ब्लक नं.				
सम्पर्क फोन / मो.न.				
ईमेल ठेगाना				



## स्थानीय तहको स्वास्थ्य सेवा तर्फको कर्मचारीको वैयक्तिक विवरण फाराम(सिटरोल)

### ६. कर्मचारीको सुरु स्थायी नियुक्तीको विवरण

कार्यालयको नाम र ठेगाना:.....  
 नियुक्ती मिति:..... निर्णय मिति:..... हाजिरी मिति:.....  
 सेवा:..... समूह:..... उप समूह:.....  
 श्रेणी/तह:..... पद:..... प्राविधिक ( ) अप्राविधिक ( )

यस अघि सरकारी सेवामा रही स्थायी पदमा काम गरेको भए सो को विवरण

कार्यालयको नाम र ठेगाना.....  
 सेवा..... समूह..... उप-समूह.....  
 श्रेणी/तह..... पद..... प्राविधिक ( ) अप्राविधिक ( )

### ८. अन्य विवरण:

- (क) बहु विवाह / बाल विवाह गरेको छ / छैन छ भने पति / पत्नीको नाम लेख्नुहोस् .....
- (ख) पति वा पत्नीले विदेशी मुलुकको स्थायी वासीय अनुमति (DV/PR वा अन्य) लिए नलिएको वा सो को लागि दस्तखत दिए / नदिएको विवरण:  
 छ ( ) छैन ( )
१. स्थायी आवासीय अनुमति लिएको भए देशको नाम.....र लिएको मिति.....
२. स्थायी आवासीय अनुमतिको लागि दरखास्त दिएको भए देशको नाम..... दरखास्त दिएको मिति.....
- (ग) कुनै सरकारी बक्यौता तिर्न बाँकी छ / छैन बाँकी भए सो को विवरण:.....
- (घ) सम्बन्धित कर्मचारीको विशेष योग्यता र क्षमता  
 .....

माथि उल्लेखित विवरण ठीक छ । सरकारी सेवाको निमित्त अयोग्य हुने गरी मलाई कुनै सजाय भएको छैन । कुनै कुरा झुट्टो लेखिएको वा जानाजानी साँचो कुरा दबाउने लुकाउने उदेश्यले लेखिएको ठहरे कानून बमोजिम स्वीकार गर्नेछु, साथै कर्मचारी आचार संहिता पालना गर्न प्रतिवद्ध छु भनी सहिछाप गर्ने:

कर्मचारीको .....  
 कर्मचारीको दस्तखत  
 (बुढी औलाको छाप)

प्रमाणित गर्ने कार्यालय प्रमुखको  
 नाम थर:  
 दस्तखत  
 कार्यालयको छाप:

दायाँ	बायाँ

कर्मचारी संकेत नम्बर (प्रदेश किताबखानाले भर्ने )

नेपाली अङ्कमा						
अंग्रेजी अङ्कमा						

### विभागीय प्रमुख वा अधिकार प्राप्त

अधिकृतको दस्तखत:  
 नाम:.....  
 पद:.....  
 मिति:.....  
 कार्यालयको छाप:

स्थानीय तहको स्वास्थ्य सेवा तर्फको कर्मचारीको वैयक्तिक विवरण फाराम(सिटरोल)

फाराम नं. ०२

(क) सेवा सम्बन्धी विवरण

क्र.स.	सेवा	समूह / उपसमूह	पद र तह	कार्यालयको नाम र ठेगाना	नयाँ नियुक्ती / सरूवा / बढुवा	निर्णय मिति	बहाली मिति (हाजिरी मिति)
१							

(ख) शैक्षिक योग्यता / तालिम / सेमिनार / सम्मेलन सम्बन्धी विवरण

क्र.स.	शैक्षिक योग्यता वा उपाधि	अध्ययनको विषय वा संकाय	उत्तीर्ण गरेको साल	प्राप्त श्रेणी	शिक्षण संस्था/विश्वविद्यालयको नाम र देश
१	एसएलसी				
२	प्रविणता प्रमाणपत्र तह				
३	स्नातक				

फाराम नं. ०४

(ग) विभूषण, प्रशंसा पत्र र पुरस्कारको विवरण

क्र.स.	विभूषण / प्रशंसा पत्रको विवरण	प्राप्त मिति	विभूषण / प्रशंसा पत्र पाएको कारण	कैफियत

फाराम नं. ०५

(घ) विभागीय सजायको विवरण

क्र.स.	सजायको प्रकार	सजायको आदेश मिति	पुनरावदेनको		कैफियत
			ठहर	मिति	



स्थानीय तहको स्वास्थ्य सेवा तर्फको कर्मचारीको वैयक्तिक विवरण फाराम(सिटरोल )

फाराम नं. ०८

(छ) माथि उल्लेख भए देखि बाहेकका विवरणहरु थपघट गर्नु पर्ने भए प्रदेश किताबखानाले भने

(१) ठेगाना परिवर्तन सम्बन्धी विवरण:

(२) इच्छाएको व्यक्ति परिवर्तन भएमा सो को विवरण:

(३) अन्य कुनै विवरण थपघट भएमा सो को विवरण

सम्बन्धित कर्मचारीको

नाम, थर:

पद:

तह:

दस्तखत:

मिति:

प्रमाणित गर्ने अधिकारीको

नाम थर:

पद:

तह:

दस्तखत:

मिति: