

ഭരണ ഭാഷ മാതൃഭാഷ

ഇ.മെയിൽ : dir.dme@kerala.gov.in,
dmeKERALA@gmail.com

ഫോൺ : 0471-2443080



ഫോൺ: (ഓഫീസ്) : 0471-2528575
ഡയറക്ടർ: 0471-2444011
മെഡിക്കൽകോളേജ് പി.ഒ,
തിരുവനന്തപുരം-695011

**കേരള സർക്കാർ
മെഡിക്കൽ വിദ്യാഭ്യാസ കാര്യാലയം**

നമ്പർ. എച്ച് 2/27286 /2018/ മെ.വി.വ.

തീയതി: 23/05/2020

പരിപത്രം

വിഷയം : മെ.വി.കാ- ജീവനക്കാര്യം-മെഡിക്കൽ വിദ്യാഭ്യാസ വകുപ്പിലെ സോഷ്യൽ സയന്റിസ്റ്റ് തസ്തികയിൽ നിലവിലുള്ള ഒഴിവുകൾ നികത്തുന്നതിനായി യോഗ്യരായ ജീവനക്കാരിൽ നിന്നും അപേക്ഷ ക്ഷണിക്കുന്നത്- സംബന്ധിച്ച്.

പരാമർശം: 28.12.2018 ലെ സ.ഉ.(കെ) 272/2018/ആ.ക.വ നമ്പർ സർക്കാർ ഉത്തരവ്.

മെഡിക്കൽ വിദ്യാഭ്യാസ വകുപ്പിന് കീഴിൽ സോഷ്യൽ സയന്റിസ്റ്റ് ഗ്രേഡ് II (ശമ്പള സ്കെയിൽ: 30700-65400) തസ്തികയിൽ നിലവിലുള്ള മൂന്ന് ഒഴിവുകൾ നികത്തുന്നതിനായി പരാമർശത്തിലെ സർക്കാർ ഉത്തരവ് പ്രകാരം താഴെ പറയുന്ന യോഗ്യതയുള്ളതും സോഷ്യൽ സയന്റിസ്റ്റ് തസ്തികയുടേതിന് തത്തുല്യമോ അതിൽ താഴ്ന്നതോ ആയ ശമ്പള സ്കെയിലിലുള്ള മെഡിക്കൽ വിദ്യാഭ്യാസ വകുപ്പിലെ ലാസ്റ്റ് ഗ്രേഡ് ഉൾപ്പെടെയുള്ള ജീവനക്കാരിൽ നിന്ന് തസ്തികമാറ്റം മുഖേനയുള്ള നിയമനത്തിനായി അപേക്ഷ ക്ഷണിക്കുന്നു.

യോഗ്യത: എം.എ. സോഷ്യോളജി അല്ലെങ്കിൽ എം.എസ്.ഡബ്ല്യു

അപേക്ഷ ഇതോടൊപ്പം ഉള്ളടക്കം ചെയ്തിട്ടുള്ള നിർദ്ദിഷ്ട മാതൃകയിൽ ആയിരിക്കേണ്ടതും അപേക്ഷകർ രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ള വിവരങ്ങൾ അവരുടെ സേവന പുസ്തകവുമായി ഒത്തുനോക്കി ശരിയാണെന്ന് അതാത് സ്ഥാപന മേധാവികൾ ഉറപ്പ് വരുത്തി സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തേണ്ടതുമാണ്. അപേക്ഷയോടൊപ്പം യോഗ്യതകൾ തെളിയിക്കുന്ന സർട്ടിഫിക്കറ്റുകളുടെ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പുകൾ കൂടി ഉള്ളടക്കം ചെയ്യേണ്ടതാണ്. അപേക്ഷകൾ 15.06.2020 നോ അതിനു മുമ്പോ ബന്ധപ്പെട്ട വകുപ്പ് മേധാവി മുഖേന അതാത് പ്രിൻസിപ്പാളിനു സമർപ്പിക്കേണ്ടതും അതാത് പ്രിൻസിപ്പാൾമാർ അപേക്ഷകൾ പരിശോധിച്ച് പൂർണ്ണമാണെന്ന് ഉറപ്പ് വരുത്തി സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി 30.06.2020 നോ അതിനു മുമ്പോ ഈ കാര്യാലയത്തിൽ എത്തിക്കേണ്ടതുമാണ്.

വൈകി ലഭിക്കുന്നതും അപൂർണ്ണങ്ങളുമായ അപേക്ഷകൾ യാതൊരു കാരണവശാലും പരിഗണിക്കുന്നതല്ല. അതുപോലെ അപേക്ഷകൾ ഈ കാര്യാലയത്തിൽ നേരിട്ട് സമർപ്പിക്കുവാനും പാടുള്ളതല്ല.

ബന്ധപ്പെട്ട സ്ഥാപന മേധാവികൾ ഈ പരിപത്രത്തിന്റെ പകർപ്പ് സമയ ബന്ധിതമായി എല്ലാ ജീവനക്കാരുടെയും അറിവിലേക്കായി നൽകേണ്ടതാണ്.

Signature valid

Digitally signed by Thomas Mathew
Date: 2020.05.23 12:32:13 IST
Reason: Approved

വിശ്വസ്തയോടെ,
ഡയറക്ടർക്കു വേണ്ടി

THOMAS MATHEW
JOINT DIRECTOR (MEDICAL)

- പകർപ്പ്: 1 പ്രിൻസിപ്പാൾ, സർക്കാർ മെഡിക്കൽ കോളേജ്, തിരുവനന്തപുരം/ കൊല്ലം/
ആലപ്പുഴ/ കോട്ടയം/ തൃശ്ശൂർ/ എറണാകുളം/ ഇടുക്കി/ കോന്നി/ കോഴിക്കോട്/ മഞ്ചേരി/
കാസർഗോഡ്
- 2 പ്രിൻസിപ്പാൾ, സർക്കാർ ദന്തൽ കോളേജ് തിരുവനന്തപുരം/ ആലപ്പുഴ/ കോട്ടയം/
തൃശ്ശൂർ/ കോഴിക്കോട്
- 3 പ്രിൻസിപ്പാൾ, സർക്കാർ നഴ്സിങ് കോളേജ്, തിരുവനന്തപുരം/ ആലപ്പുഴ/ കോട്ടയം/
തൃശ്ശൂർ/ കോഴിക്കോട്
- 4 സൂപ്രണ്ട്, മെഡിക്കൽ കോളേജ് ആശുപത്രി, തിരുവനന്തപുരം/ ആലപ്പുഴ/ കോട്ടയം/
തൃശ്ശൂർ/ കോഴിക്കോട്
- 5 സൂപ്രണ്ട് എസ്.എ.റ്റി ആശുപത്രി തിരുവനന്തപുരം/ ഐ.സി.എച്ച് കോട്ടയം/
എം.സി.സി.എച്ച് തൃശ്ശൂർ/ ഐ.എം.സി.സി.എച്ച് കോഴിക്കോട്/
ഐ.സി.ഡി.കോഴിക്കോട്.
- 6 അസിസ്റ്റന്റ് ഓഫീസർ, ആർ.എച്ച്.സി. വക്കം, തിരുവനന്തപുരം/ എം.സി.എച്ച്
പാങ്ങപ്പാറ/ ആർ.എച്ച്.സി ചെട്ടിക്കാട്,ആലപ്പുഴ/ എം.സി.എച്ച് യൂണിറ്റ്, അമ്പലപ്പുഴ/
കെ.എ. സി.എച്ച്.സി ഏറ്റുമാനൂർ, കോട്ടയം/ പി.എച്ച്.സി.തോളൂർ, തൃശ്ശൂർ/ എം.സി.എച്ച്
യൂണിറ്റ് ചെറുപ്പം, കോഴിക്കോട്
- 7 വെബ്സൈറ്റ്/ ഫയൽ/ കരുതൽ ഫയൽ

മെഡിക്കൽ വിദ്യാഭ്യാസ വകുപ്പിന് കീഴിലെ സോഷ്യൽ സയന്റിസ്റ്റ് തസ്തികയിൽ നിലവിലുള്ള ഒഴിവുകൾ 28.12.2018 ലെ സ.ഉ.(കൈ) 272/2018/ആ.ക.വ നമ്പർ സർക്കാർ ഉത്തരവ് പ്രകാരം തസ്തികമാറ്റം മുഖേന നികത്തുന്നതിനുള്ള അപേക്ഷ.

1.	അപേക്ഷകന്റെ പേര്	
2.	അപേക്ഷകന്റെ തസ്തിക	
3.	ജോലി ചെയ്യുന്ന സ്ഥാപനം	
4.	യോഗ്യത, വിദ്യാഭ്യാസം	
5.	ശമ്പളം, ശമ്പള നിരക്ക്	
6.	സർക്കാർ സ്ഥാപനത്തിൽ പ്രവേശിച്ച തീയതിയും തസ്തികയും	
7.	മെഡിക്കൽ വിദ്യാഭ്യാസ വകുപ്പിൽ പ്രവേശിച്ച തീയതി	
8.	ഇപ്പോൾ സേവനം അനുഷ്ഠിക്കുന്ന തസ്തികയിൽ പ്രവേശിച്ച തീയതി	
9.	ടി തസ്തികയിൽ നിരീക്ഷണകാലസേവനം പൂർത്തിയായതായി പ്രഖ്യാപിച്ച തീയതിയും ഉത്തരവ് നമ്പരും (സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പ്)	
10.	യോഗ്യമല്ലാത്ത കാര്യം	

മുകളിൽ പറഞ്ഞിരിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ എന്റെ അറിവിലും ശ്രദ്ധയിലും പെട്ടിട്ടുണ്ടെന്നും സത്യവും ശരിയുമാണെന്ന്ആയ ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു. മേൽപ്പറഞ്ഞ വിവരങ്ങൾ തെറ്റാണെന്ന് തെളിയുന്ന പക്ഷം എന്നെ മേൽ നിയമനത്തിൽ നിന്നും ഒഴിവാക്കാവുന്നതാണ്.

സ്ഥലം: _____ ഒപ്പ്: _____
 തീയതി: _____ പേരും തസ്തികയും _____
 സ്ഥാപനം: _____

അപേക്ഷയിലെ ക്രമ നം 1 മുതൽ 10 വരെ രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ള വിവരങ്ങൾ ടിയാളുടെ സേവന പുസ്തകവുമായി ഒത്തു നോക്കിയതിൽ നിന്നും ശരിയാണെന്ന് ഇതിനുള്ള സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

സ്ഥലം: _____ ഒപ്പ്: _____
 തീയതി: _____ മേലധികാരിയുടെ തസ്തിക: _____

സ്ഥലം: _____ ഓഫീസ് മുദ്ര _____
 തീയതി: _____

പ്രിൻസിപ്പാൾ
 ഓഫീസ് മുദ്ര