

**விடுப்பு மற்றும் விடுப்பு நீடிப்பு விண்ணப்பம்
(தற்செயல் விடுப்பு நீங்கலாக)**

1. விண்ணப்பதாரர் பெயர் :
2. பதவின் பெயர் :
3. பணிபுரியும் துறை / அலுவலகம் / பிரிவு :
4. ஊதியம் :
5. 1) விண்ணப்பிக்கும் விடுப்பின் தன்மை :
 2) விண்ணப்பிக்கும் விடுப்பின் கால அளவு மற்றும் விடுப்பில் செல்லும் நாள் :
 3) மருத்துவச் சான்றிதழ் அடிப்படையில் விண்ணப்பிக்கப்பட்டிருப்பின் மருத்துவ சான்று இணைக்கப்பட்டுள்ளதா? :
6. விடுப்பில் செல்லக்காரணம் :
7. ஞாயிறு மற்றும் அரசு விடுமுறைகளை முன்னினைக்க, பின்னினைக்க உத்தேசிக்கப்பட்டுள்ளதா? :
- 8.. இதற்குமுன் விடுப்பு விண்ணப்பித்திருந்தால் அவ்விடுப்பின் தன்மை, விடுப்பிற்கான அளவு மற்றும் விடுப்பு முடிந்து பணியில் சேரும் நாள் :
9. விடுப்பில் இருக்கும்போது முகவரி :
10. தமிழ்நாடு விடுப்பு விதிகளின் விதி 15ஏ யின் கீழ் உள்ள விதிமுறை 4ன் படி உறுதிமொழி இணைக்கப்பட்டுள்ளதா? :

விண்ணப்பதாரரின் கையொப்பமும்
தேதியும்.

விடுப்பு அனுமதிக்கான பரிந்துரை

11. _____முதல் _____வரை
 நாட்களுக்கு (இரு நாட்கள் உட்பட) திரு / திருமதி / செல்வி _____
 (பதவி பெயர்) ஆல் விண்ணப்பிக்கப்பட்ட _____விடுப்பின் (தன்மை) விடுப்பு
 அடிப்படை விதி / தமிழ்நாடு விடுப்பு விதிகளின் படி _____ அனுமதிக்கலாம்
 என சான்றளிக்கப்படுகிறது.

கையொப்பம் தேதியுடன் :
 பதவியின் பெயர் :
 பிரிவு :

12. அடிப்படை விதி 26பிபி - ன் படி திருமதி / செல்வி _____
 விடுப்பில் செல்லாமலிருந்தால் _____ஆக தொடர்ந்து
 பணியாற்றியிருப்பார்.
13. விடுப்பு அனுமதி அளிக்கும் பதிவு எண் _____நாள் _____

விடுப்பு அனுமதிக்கும் அலுவலர் கையொப்பம் (நாளுடன்)
 பதவின் பெயர் :

CERTIFICATE FOR LEAVE / EXTENSION OF LEAVE

Signature of the candidate.....

Iafter
careful personal examination of
.....
.....
whose signature is given above is / was suffering from
.....and I advise leave with effect from
..... is necessary from the restoration of the health.

Station :.....

Signature of the Civil Surgeon /
Asst. Surgeon, Regd. Medical Practitioner
Registration No.....

Date :.....

CLINICAL HISTORY AND FINDING

Station :.....

Signature of the Civil Surgeon /
Asst. Surgeon, Regd. Medical Practitioner
Registration No.....

Date :.....

CERTIFICATE OF FITNESS TO RETURN TO DUTY

Signature of the candidate.....

I.....
do here by certify we / I have carefully examined
.....
department whose signature is given above and find that he / she recovered from his / her
illness and is now fit to resume duties in Government Service with effect fromWe / I
also certify that before arriving at this decision we have examined the original Medical
Certificate(s) and Statement(s) of the certified copies thereof on which leave was granted or
extended and have taken there into consideration in arriving at our / my decision.

Station :.....

Signature of the Civil Surgeon /
Asst. Surgeon, Regd. Medical Practitioner
Registration No.....

Date :.....

அனுப்புநர்

பெறுநர்

மதிப்பிற்குரிய அம்மா/ஐயா,

பொருள்: விடுப்பு முடிந்து மீண்டும் பணியில் தொடர அனுமதி
வேண்டி விண்ணப்பித்தல் - சார்பு.

நான் முதல்(....நாட்கள்) வரை மருத்துவச் சான்றின்
பேரில் ஈட்டா விடுப்பு துய்த்துள்ளேன். விடுப்பு முடிந்து மீண்டும்,
முற்பகல் / பிற்பகல் பணியில் தொடர அனுமதி தரும்படி பணிந்து வேண்டுகிறேன்.
.....சனி,.....ஞாயிறு முன் / பின் அனுமதி தரும்படி பணிந்து
வேண்டுகிறேன். இத்துடன் மருத்துவ உடல் தகுதி சான்றிதழையும் இணைத்துள்ளேன்.

இப்படிக்கு,

...../...../ 20

தங்கள் உண்மையுள்ள,