

III ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරීන්ට කාර්යක්ෂමතා කඩඉම් සඳහා සහන ලබා ගැනීමේ අයදුම්පත රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභා වක්‍ර ලේඛ අංක 03/2016 හා 2016.05.24 දිනැති වක්‍ර ලේඛයට අනුකූලව සහන ලබා දීම.

1. අයදුම්කරු පිළිබඳ තොරතුරු

- 1.1. සම්පූර්ණ නම :-
- 1.2. උපන් දිනය :-
- 1.3. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :-
- 1.4. හෙද සේවයේ ශ්‍රේණිය :-
- 1.5. දැනට දරණ තනතුර :-
- 1.6. වර්තමාන සේවා ස්ථානය :-

2. සහන අපේක්ෂා කිරීමට හේතු, (නියමිත කොටුව තුළ V ලකුණ යොදන්න) උපදෙස් මාලාවේ දක්වා ඇති ලිපි ලේඛන ඇමුණුම් ඉදිරිපත් කරන්න.

කාර්යක්ෂමතා කඩඉම් සඳහා

2.1. නියමිත කාල සීමාව තුළ විභාගය නොපැවැත්වීම.

☐

2.2. නිලධාරියාට පෞද්ගලික වූ හේතු මත විභාගයට පෙනී සිටීමට නොහැකි වීම. (උදා:- රෝගී වීම, ප්‍රසූත නිවාඩු ආදිය)

☐

2.3. වෙනත් (අදාළ හේතුව කෙටියෙන් සඳහන් කරන්න)

.....

.....

3. කාර්යක්ෂමතා කඩඉම් පරීක්ෂණය පිළිබඳ තොරතුරු

- 3.1. සහන අපේක්ෂා කරන කාර්යක්ෂමතා කඩඉම් :-
- 3.1.1. එයට අදාළ වන ශ්‍රේණියට / තනතුරට පත් වූ දිනය :-
- 3.1.2. පරිවාස කාලය අවසන් වන දිනය :-
- 3.1.3. කාර්යක්ෂමතා කඩඉම් විභාගය සමත් වූ දිනය :-

3.2. කාර්යක්ෂමතා කඩඉම් විභාගය පැවැත් වූ දිනයෙන් හා නිලධාරියා පෙනී සිටි / නොසිටි බව. (මුල් පත්වීම් දින සිට කාර්යක්ෂමතා කඩඉම් සමත්වන තෙක් පැවැත්වූ විභාග අවස්ථා සඳහන් කළ යුතුය)

විභාග අවස්ථා	නිලධාරියා අදාළ තනතුරට පත්වූ දිනය	එම දිනයේ සිට කා.කඩඉම සමත් වූ දින දක්වා විභාගය පැවැත්වූ දිනයන්	පැවැත් වූ විභාගයට නිලධාරියා පෙනී සිටි / නොසිටි බව	පැවැත්වූ විභාගය සමත් / අසමත් බව	විභාගයට පෙනී නොසිටියේ නම් හේතු
1.					
2.					
3.					
4.					

3.3. සහන අපේක්ෂිත කාල සීමාව :-

..... දිනය ඉල්ලුම්කරුගේ අත්සන

4. විෂයභාර නිලධාරියාගේ නිර්දේශය :
අනු අංක 01 සිට 3.3 දක්වා නිලධාරියා විසින් සපයා ඇති සියලු තොරතුරු පෞද්ගලික ලිපි ගොනුව අනුව නිවැරදි බව සහතික කරමි.

..... දිනය විෂයභාර නිලධාරියාගේ අත්සන

5. පරිපාලන නිලධාරියාගේ නිර්දේශය :
අනු අංක 01 සිට 04 දක්වා සපයා ඇති සියලු තොරතුරු නිවැරදි බව සහතික කර අයදුම්පත්‍රය නිර්දේශ කරමි.

..... දිනය පරිපාලන නිලධාරියාගේ අත්සන
නම, තනතුර සහිත නිල මුද්‍රාව

6. ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය :

.....
.....
.....

.....
දිනය

.....
ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන
නම, තනතුර සහිත නිල මුද්‍රාව

7. ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂගේ නිර්දේශය :

.....
.....
.....

.....
දිනය

.....
ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ
අත්සන සහ නිල මුද්‍රාව

8. පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂගේ නිර්දේශය :

.....
.....
.....

.....
දිනය

.....
පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ
අත්සන සහ නිල මුද්‍රාව

9. පළාත් සෞඛ්‍ය ලේකම්ගේ නිර්දේශය / අනුමැතිය :

.....
.....
.....

.....
දිනය

.....
මධ්‍යම පළාත් සෞඛ්‍ය ලේකම්
අත්සන සහ නිල මුද්‍රාව