

राष्ट्रीय त्वचा रोग यूनानी चिकित्सा अनुसंधान संस्थान, हैदराबाद

(केन्द्रीय यूनानी चिकित्सा अनुसंधान परिषद्, आयुष मंत्रालय, भारत सरकार)
NATIONAL RESEARCH INSTITUTE OF UNANI MEDICINE FOR SKIN DISORDERS, HYDERABAD
(Central Council for Research in Unani Medicine, Ministry of AYUSH)

अवकाश / अवकाश विस्तार के लिए आवेदन / Application for Grant (or) for Extension of Leave

1. आवेदक का नाम एवं पदनाम / Name of the applicant & Designation:.....
2. विभाग/अनुभाग/इकाई/ Dept/Section/Unit :.....
3. आवेदित अवकाश की प्रकृति एवं अवधि/ :.....
Nature & period of leave applied :.....दिन/Days
4. आवेदित अवकाश की तिथि / Date from which required :From/से.....To.....तक
5. अवकाश के साथ रविवार अथवा छुट्टी जोड़ने का प्रस्ताव / :पूर्वयोजन/Prefix.....
Sunday & Holidays, if any, proposed to be prefixed Suffixed to leave:प्रत्यय/Suffix
6. आवेदित अवकाश का आधार / Ground on which leave is applied for :.....
7. मैं एलटीसी का लाभ उठाने का प्रस्ताव करता हूँ / नहीं करता हूँ / :.....
I propose/do not propose to avail LTC for block year :..... block year
8. पिछली छुट्टी से वापस आने की तिथि एवं छुट्टी की अवधि / :.....
Date of return from last leave & nature & period of that leave :.....
9. अवकाश के दौरान पता/ Address during leave :.....
.....
10. In the event of my resignation or Voluntary Retirement from service, I undertake to refund:
(i) The difference between the leave salary drawing during Commuted leave and that admissible during
half pay leave which would not have been under sub-rule (1) of rule 80 not been applied :.....
(ii) The leave salary drawn during leave not due which to been admissible under Sub-rule (1) of Rule 31 not been applied:.....

दिनांक / Date:.....

(आवेदक के हस्ताक्षर /Signature of applicant)

11. वैकल्पिक व्यवस्था के प्रस्ताव के साथ अनुभाग प्रभारी की टिप्पणी/सिफारिश :
Remarks and/or recommendation of the Section Incharge
(प्रभारी के हस्ताक्षर/ Signature of Section Incharge with Date)

अवकाश स्वीकार्यता प्रमाण पत्र / Certificate Regarding Admissibility of Leave

12. प्रमाणित किया जाता है कि आवेदन की तिथि पर उनके पास कुल अर्जित / परिणत/प्रसूति/बाल-संरक्षण अवकाश दिन है
Certified that he/she is entitled for EL/ Commuted/ Maternity/ Child care leave to credit for Days
आवेदित अवकाश / Leave applied for..... दिन / Days; From/से.....To.....तक
शेष अवकाश / Balance of leave to credit.....दिन / Days.

कनिष्ठ आशुलिपिक/Jr. Steno /सहायक/Assistant

13. उपर्युक्त अधिकारी /कर्मचारी के छुट्टी पर जाने के कारण श्री /श्रीमती/डा. / Due to proceeding on leave by the above
Officer/Employer Mr./Mrs./Dr. उनकी अनुपस्थिति में कार्यभार देखेंगे /
will look after the work in his/her absence.

निदेशक प्रभारी
Director Incharge