



सत्यमेव जयते



फार्म 1/Form 1  
(नियम 14 देखें /See rule 14)  
छुट्टी/छुट्टी के विस्तार के लिए आवेदन  
APPLICATION FOR LEAVE/EXTENSION OF LEAVE

क्र. S. No.	विवरण Particulars	विस्तृत सूचना Details
1.	आवेदक का नाम Name of the applicant	
2.	पद धारण एवं वेतनमान Post held and Pay scale	
3.	विभाग, कार्यालय और अनुभाग Department, Office and Section	
4.	आवासीय पता Residential Address	
5.	प्रकृति एवं आधार जिस पर छुट्टी के लिए आवेदन किया गया है: Nature & Grounds on which leave is applied for: (i) अर्जित अवकाश /अर्धवेतन अवकाश /परिवर्तित अवकाश/ शैक्षणिक अवकाश EL/HPL/Commuted/Academic Leave. (ii) क्या मेडिकल आधार पर मेडिकल प्रमाण पत्र संलग्न किया गया है ? (हां/नहीं) If on medical Ground has the Medical Certificate been enclosed? (Yes/No) (iii) यदि नहीं, तो कारण बताएं: If No, then mention the reason:	
6.	रविवार तथा अन्य छुट्टी की स्थिति में, उन्हें (छुट्टी के पूर्व/पश्चात) दिनांक सहित स्पष्ट रूप से दर्शाएं Sundays and holidays, if any, proposed to be prefixed/ suffixed to leave	

7.	आवेदित छुट्टी की अवधि एवं प्रारम्भ होने की तिथि Period of leave applied for and date of Commencement	
8.	अंतिम छुट्टी से लौटने की तिथि और उस छुट्टी का प्रारूप एवं अवधि Date of return from last leave, and the nature & period of that leave	
9.	मैं आगामी छुट्टी के दौरान ब्लॉक वर्षों..... के लिए छुट्टी यात्रा रियायत का लाभ उठाने का प्रस्ताव करता हूँ/नहीं करता हूँ। I propose/ do not propose to avail leave travel concession for the block years.....during the ensuing leave.	
10.	अवकाश अवधि के दौरान पता Address during leave period	
11.	छुट्टी की अवधि में कार्य का उत्तरदायित्व Duties to be looked after by (i) विभागाध्यक्षों के मामले में प्रशासनिक कर्तव्य Admin duties in case of HoDs ..... (ii) शैक्षणिक कर्तव्य Academic duties..... (iii) नैदानिक कर्तव्य Clinical duties.....	

**आवेदक के हस्ताक्षर  
(तिथि)  
Signature of Applicant  
(With date)**

**नियंत्रण अधिकारी /विभागाध्यक्ष की टिप्पणियाँ**

- (क) यह प्रमाणित किया जाता है कि संकाय/कर्मचारियों के छुट्टी पर जाने की स्थिति में कार्यरत संकाय/कर्मचारियों की संख्या अभी उपलब्ध संख्या के 50% से अधिक रहेगी। **और/या**
- (ख) उसकी अनुपस्थिति से अस्पताल/संस्थान की सेवाओं पर कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा।

**Remarks/Recommendations of the Controlling Officer/HoD**

- (i) Certified that in a case of Faculty/Staff proceeding on leave the working faculty/staff strength will still be above 50% of the available strength. **And/Or**
- (ii) His/Her absence will not impact the Hospital/Institute services.

स्वीकृत/स्वीकृत नहीं

Recommended/Not recommended

नियंत्रण अधिकारी के हस्ताक्षर:  
(नाम और मुहर)

Signature of controlling officer:  
(Name & Seal)

**(केवल कार्यालय उपयोग के लिए)**  
**(FOR OFFICE USE)**

**छुट्टि की स्वीकार्यता के संबंध में प्रमाण पत्र**  
**(स्थापना शाखा द्वारा जारी किया जाएगा)**  
**CERTIFICATE REGARDING ADMISSIBILITY OF LEAVE**  
**(To be issued by Establishment branch)**

कर्मचारी का नाम: \_\_\_\_\_

Name of Employee: \_\_\_\_\_

कर्मचारी कोड: \_\_\_\_\_

Employee Code: \_\_\_\_\_

तिथि: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

	अर्जित छुट्टी Earned Leave	अर्धवेतन छुट्टी Half Pay Leave	शैक्षणिक छुट्टी Academic Leave
खाते में छुट्टि Leave at Credit			
प्राप्त छुट्टि Leave Availed			
खाते में शेष छुट्टि Balance Leave at Credit			

यह प्रमाणित किया जाता है.....(छुट्टि की प्रकृति)..... (अवधि)

.....से.....तक केन्द्रीय सेवाओं (छुट्टि) के नियम, 1972 के तहत स्वीकार्य है।

Certified that ..... (nature of leave) for.....(period) from.....

to.....is admissible under Rule of the Central Services (Leave) Rules, 1972.

संबंधित लिपिक

सहायक प्रशासनिक अधिकारी

प्रशासनिक अधिकारी/

सलाहकार(प्रशासन)

Dealing Clerk

AAO

AO/Consultant (Admin)

छुट्टि देने के लिए सक्षम प्राधिकारी के आदेश

Orders of the authority competent to grant leave

.....  
.....

**हस्ताक्षर (तिथि)/Signature (with date)**  
**पदनाम /Designation**