

ഭരണഭാഷ-മാതൃഭാഷ

അച്ചടി വകുപ്പ് ഡയറക്ടറുടെ കാര്യാലയം

ഗവൺമെന്റ് സെൻട്രൽ പ്രിന്റ്

തിരുവനന്തപുരം -695 001

ഫോൺ { ഓഫീസ് : 0471-2331458
ഫാക്സ് : 0471-2336042

ഇ-മെയിൽ : directorofprinting@gmail.com

dir.printing@kerala.gov.in

നമ്പർ. 22810/2021/ഇ 1/ഡിപി

തീയതി. 17.03.2022

പരിപത്രം

വിഷയം:- അച്ചടി വകുപ്പ് - ജീവനക്കാര്യം - 2022-23 വർഷത്തെ പൊതുസ്ഥലംമാറ്റ അപേക്ഷ ക്ഷണിക്കുന്നതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരശേഖരണം - സംബന്ധിച്ച്.

- സൂചന:-
1. 25/02/2017 ലെ ജി.ഒ (പി) നം. 3/2017/ഉ.ഭ.പ.വ നമ്പർ സർക്കാർ ഉത്തരവ്.
 2. ഉദ്യോഗസ്ഥ ഭരണ പരിഷ്കാര (എ.ആർ 14) വകുപ്പിന്റെ 21/10/2021 ലെ സ.ഉ (സാധാ) നം. 155/2021/ഉ.ഭ.പ.വ നമ്പർ ഉത്തരവ്.

അച്ചടി വകുപ്പിലെ എല്ലാ ജീവനക്കാരുടെയും സർവ്വീസ് വിവരങ്ങൾ പരിശോധിക്കുന്നതിനായി ഇതോടൊപ്പമുള്ള പ്രൊഫോർമ ജീവനക്കാർ പൂരിപ്പിച്ച്, ഓഫീസ് മേധാവികൾ അതാത് ജീവനക്കാരുടെ സേവന പുസ്തകവുമായി താരതമ്യം ചെയ്ത് ശരിയാണെന്ന് ഉറപ്പു വരുത്തി, സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തലോടുകൂടി 2022 ഏപ്രിൽ 10 നകം അച്ചടി വകുപ്പ് ഡയറക്ടറേറ്റിലേക്ക് (ഹാർഡ് കോപ്പിയും, സോഫ്റ്റ് കോപ്പിയും) എത്തിക്കേണ്ടതാണ്. ഇക്കാര്യത്തിൽ സമയക്ലിപ്ത കൃത്യമായും പാലിക്കണമെന്ന് നിർദ്ദേശിക്കുന്നു.



അച്ചടി വകുപ്പ് ഡയറക്ടർ

എല്ലാ ശാഖാ കാര്യാലയ മേധാവികൾക്കും

പകർപ്പ് :- അച്ചടി വകുപ്പ് ഡയറക്ടറുടെ സി.എ/ഗവൺമെന്റ് പ്രിന്റുകളുടെ സൂപ്രണ്ടിന്റെ സി.എ/ അഡ്മിനിസ്ട്രേറ്റീവ് ഓഫീസർ/സിനിയർ സൂപ്രണ്ട്/നോട്ടീസ് ബോർഡ്/ ഫയൽ/കരുതൽ ഫയൽ.

Government of Kerala
GENERAL TRANSFER APPLICATION FORM

1	Permanent Employee Number (PEN)																					
2	Name																					
3	Department																					
4	Designation																					
5	Contact Telephone numbers																					
	Mobile																					
6	E mail																					
7	Name of Present Institution / office																					
8	Date of Entry in Service																					
9	Date of Retirement																					
10	Posting/Promotion Order no. & Date in the present post																					
11	Date Of Joining in the Present Post																					
12	Date of Joining in the Present District																					
13	Date of Joining in the Present Station/Office																					
14	(a) Whether recruited in the present post through DRB?																					
	(b) If yes, District in which recruited																					
15	Home station /District declared at the time of joining service																					
16	Change of home station if any	New Home Station _____ Date of change <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>																				
17	Details of Service History																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">From Date</th> <th style="width: 25%;">To Date</th> <th style="width: 30%;">Office Name</th> <th style="width: 20%;">Designation</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		From Date	To Date	Office Name	Designation																
From Date	To Date	Office Name	Designation																			
18	Details of service in Notified Difficult Areas																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">District</th> <th style="width: 40%;">Name Of Institution</th> <th style="width: 15%;">From Date</th> <th style="width: 20%;">To Date</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		District	Name Of Institution	From Date	To Date																
District	Name Of Institution	From Date	To Date																			
19	Whether Transfer is required:	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No																				
20	Station to which Transfer is Requested for as per order of Preference (Name of Institution/District)																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">SL No</th> <th style="width: 25%;">District</th> <th style="width: 65%;">Name of Institution</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		SL No	District	Name of Institution																	
SL No	District	Name of Institution																				

21 Whether Transfer is Requested on the basis of any protection given below?
Tick as applicable. Supporting documents to be attached along with signed hard copy

I. Two years to retirement

II.

i. SC/ST	ii. Blind Employee Percentage of Disability <input type="checkbox"/>
iii. Physically handicapped Percentage of Disability <input type="checkbox"/>	iv. Deaf And Dumb Employee Percentage of Disability <input type="checkbox"/>
v. Employee with Locomotor disability including cerebral palsy, cured leprosy, dwarfism, Acid attack victims, Muscular dystrophy	vi. Mentally Disabled
vii. Parents of Mentally Retarded Children / Employees who look after the Mentally Retarded Siblings solely	viii. Parents of autistic / Cerebral palsy affected children
ix. Parents of differently abled children with more than 50% of disability	x. Parents of a Deaf and dumb children
xi. Dependent of persons who died in war (Wife / Husband / Father / Mother / Son / Daughter).	xii. Son / Daughter who looks after the Freedom Fighter
xiii. Widow / Widower / divorcee who has not re-married.	xiv. Inter Caste married Employee
xv. Parents of legally adopted Children	xvi. State President / General Secretary / District President / District Secretary of recognized Service Organisations
xvii. Employee who have completed the Military Service	xviii. Relative of Jawan (Wife / Husband / Father / Mother / Son / Daughter).
xix. Wife / Husband / Father / Mother / Son / Daughter of the Jawan of Para-Military wing, Employees of National Investigation Agency	xx. Husband / wife of non-resident Keralites

22 If Transfer is not required and transfer is done on administrative grounds, station preferred to be posted in the order of preference

SL No	District	Name of Institution

23	Details of LWA availed if any			
24	Details of Deputation availed			
District		Name Of Institution / Office	From Date	To Date
25	Details of Working arrangement availed			
District		Name Of Institution / Office	From Date	To Date
26	Declaration <input checked="" type="checkbox"/> I declare that I will submit the certificates required for Protection (item 21) along with the signed copy of this application.			
Date:		Signature		

After submitting the application online, printout of the application maybe generated for submitting signed hard copy to the office along with supporting documents for protection if any.