



www.aiimsmangalagiri.edu.in

అఖిల భారత వైద్య విజ్ఞాన సంస్థ మంగళగిరి, ఆంధ్రప్రదేశ్
अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, मंगलगिरी, आंध्रप्रदेश
All India Institute of Medical Sciences, Mangalagiri, Andhra Pradesh
(An Autonomous Institute under MoHFW, Govt. of India)

केंद्रीय सिविल सेवा (अवकाश) नियम, 1972 के नियम 14 के अनुसार

See Rule 14 of CCS Leave Rules

अवकाश अथवा अवकाश वृद्धि के लिए आवेदन

APPLICATION FOR LEAVE OR EXTENSION OF LEAVE

- 1 आवेदक का नाम (Name of Applicant) :
- 2 धारित पद (Post held) :
- 3 विभाग / कार्यालय एवं शाखा
(Department Office & Section) :
- 4 वेतन (Pay) :
- 5 वर्तमान पद हेतु मकान भत्ता एवं आहूत अन्य प्रतिपूरक भत्ते
(House rent and other compensatory Allowance drawn in present post) :
- 6 आवेदित अवकाश की प्रकृति एवं प्रयुक्त अवधि तथा अपेक्षित तिथि
(Nature and period of leave applied for and date from which required)
EL EOL Maternity/Paternity Leave
CCL HPL Commuted Leave Others
If Others Please specify.....
From to
Prefix Suffix.....
Being: Being:
Total No of Days
- 7 अवकाश प्रस्तुत करने का कारण
(Ground on which leave is applied for) :
- 8 अंतिम बार अवकाश से वापसी की तिथि तथा अवकाश की प्रकृति व अवधि
(Date of return from last leave and the nature and period of that leave) :
- 9 मेरे द्वारा खंड वर्ष दौरान अवकाश यात्रा रियायत हेतु अवकाश अवधि प्रस्तावित प्रस्तावित नहीं सुनिश्चित करना
I propose / do not propose to avail myself of leave travel concession for the block years during the ensuring leave
- 10 अवकाश अवधि के दौरान का पता
(Address during the leave period) :

दिनांक

Date:

आवेदक के हस्ताक्षर

Signature of Applicant

REMARKS AND/ OR RECOMMENDATIONS OF THE CONTROLLING OFFICER

- 11 कर्मचारी के अवकाश के दौरान उपस्थित स्टाफ/फैकल्टी की संख्या :
(No. of Staff/Faculty present during absence of leave of employee) :
- 12 अवकाश अवधि में कार्य निष्पादन की व्यवस्था / कार्यभार किसे सौंपा गया :
(Performance of duty of employee when on leave / charge handed over to) :
- Note:** " Atleast 50 % of attendance in the Dept/Branch/Cell to be ensured on account of absence of the applicant"
- 13 अनुशंसित / अनुशंसित नहीं :
(Recommended / Not Recommended) :
- 14 टिप्पणी (यदि कोई हो) Remarks (if any) :

दिनांक /Date:

हस्ताक्षर /Signature

पदनाम/Designation

छुट्टी की अनुमत्यता के बारे में
CERTIFICATE REGARDING ADMISSIBILITY OF LEAVE

- 15 प्रमाणित किया जाता है की केंद्रीय सिविल सेवाएं (अवकाश) नियम 1972 के नियम _____ के अधीन _____ से _____ तक की _____ दिनों के लिए _____ (अवकाश का प्रकार) अनुमत्य है।
Certified that _____ (Nature of leave) for _____ period from _____ to _____ is admissible under Rule _____ of the Central Civil Service (Leave) Rules, 1972.
- 16 स्वीकृति देने वाले अधिकारी के आदेश
Orders of the Sanctioning authority

दिनांक /Date:

हस्ताक्षर /Signature

पदनाम/Designation

यदि प्रार्थी को कोई प्रतिकर भत्ता मिलता हो तो मंजूरी देने वाले अधिकारी को यह लिखना चाहिए की छुट्टी पूरी होने पर प्रार्थी उसी पद पर या किसी ऐसे पद पर लौटने की आशा है या नहीं जहाँ इसी प्रकार का भत्ता मिलता हो।

If the applicant is drawing any compensatory allowance, the sanctioning authority should state whether on the expiry of leave he is likely to return to the same post or another post carrying a similar allowance.