



www.aiismangalagiri.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)

सेवा में/To

निदेशक/The Director,

एम्स, मंगलगिरि/AIIMS, Mangalagiri.

विषय: अर्जित अवकाश / परिवर्तित अवकाश (चिकित्सा) / ड्यूटी अवकाश / शैक्षणिक अवकाश / मातृत्व / पितृत्व
अवकाश / अवकाश (Vacation) उपरांत कार्यभार ग्रहण करने संबंधी प्रतिवेदन।

SUB : JOINING REPORT AFTER AVAILING (EARNED LEAVE/COMMUTED LEAVE(MEDICAL)/DUTY LEAVE
/ACADEMIC LEAVE/MATERNITY/PATERNITY LEAVE /VACATION)

(Through Proper Channel)

में, _____ (पदनाम _____), यह निवेदन करता/करती हूँ कि मैंने
ग्रीष्मकालीन/शीतकालीन अवकाश / _____ दिनों का अर्जित अवकाश / परिवर्तित अवकाश (चिकित्सा) / अर्ध वेतन
अवकाश (HPL) / असाधारण अवकाश (EOL) / शैक्षणिक अवकाश / अवकाश (Vacation) दिनांक _____ से _____
तक उपभोग करने के उपरांत, दिनांक _____ के पूर्वाहन/अपराहन में कार्यभार ग्रहण कर लिया है। निम्नलिखित दिनांक,
जो अवकाश/रविवार/शनिवार थे, उन्हें कृपया पूर्व में जोड़ने (Prefix) / पश्चात जोड़ने (Suffix) की अनुमति प्रदान की जाए :

I, _____ Designation _____ after availing summer/winter vacation
_____days Earned leave/Commutated leave (Medical)/HPL/EOL/Academic Leave/Vacation
w.e.f to hereby report for duty in the F.N/A. N of _____. The following dates, which were
holidays/Sundays/Saturday may kindly be

Prefixed /suffixed:

दिनांक/Date : _____

हस्ताक्षर/Signature : _____

नाम/Name : _____

आई.डी. संख्या/ID No. : _____

विभाग/Dept : _____

पदनाम/Designation : _____

विभागाध्यक्ष द्वारा प्रमाण-पत्र/ CERTIFICATE BY HEAD OF DEPT.

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/सुश्री/डा. _____ ने दिनांक _____ के पूर्वाहन/अपराहन में
कार्यभार ग्रहण किया है

I Certified that Mr./Ms./Dr. _____ joined in the F.N/A. N of _____.

हस्ताक्षर (विभागाध्यक्ष)/Signature of HOD: