

වාර්ෂික ස්ථාන මාරු අයදුම්පත්‍රය

සෞඛ්‍ය, දේශීය වෛද්‍ය, සමාජ සුභසාධන, පරිවාස හා ළමාරක්ෂක කාර්යාල කටයුතු හා

සභා කටයුතු අමාත්‍යාංශය.

**“අ” කොටස**

(නිලධාරියා විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතුයි)

1. සම්පූර්ණ නම :-.....

2. උපන් දිනය :- වර්ෂය..... මාසය..... දිනය.....

3. රාජකාරි ලිපිනය :-.....

.....

4. ඡන්ද හිමි නාම ලේඛනයට අනුව ලිපිනය :-.....

.....

I. ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාශය :-.....

II. ග්‍රාම නිලධාරි වසම :-.....

(ග්‍රාම නිලධාරි සහතිකය DS 4 ආකෘතිය මගින් ඉදිරිපත් කළ යුතුය)

5. එම ලිපිනයේ පදිංචි නොමැතිනම් වර්තමාන පදිංචි ලිපිනය :-.....

.....

5.1 . ස්ථීර පදිංචියට ආසන්නතම නගරය :-.....

5.2 . ස්ථීර පදිංචියට ආසන්නතම උප නගරය :-.....

5.3 . ස්ථීර පදිංචි ස්ථානයේ සිට ආසන්නතම ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාශයට ඇති දුර (කි.මී) :-.....

6. සේවය පිළිබඳ විස්තර

6.1 සේවයේ නම :-.....

6.2 මුල් පත්වීම් දිනය :-.....

6.3 දැනට සිටින පන්තිය නැතහොත් ශ්‍රේණිය :-.....

6.4 එම පන්තියට / ශ්‍රේණියට පත් වූ දිනය :-.....

6.5 මාධ්‍යය :-.....

7. පුද්ගලික තොරතුරු

7.1 විවාහක / අවිවාහක බව :-.....

7.2 විවාහක නම්,

7.2.1 කාලක්‍රමය රාජ්‍ය සේවකයෙක්ද :-.....

7.2.2 රාජ්‍ය සේවකයෙක් නම්,

(අ) සේවය :-.....

(ආ) දැනට දරණ තනතුර :-.....

(ඇ) සේවා ස්ථානයේ ලිපිනය :-.....

.....

7.2.3. කලක්‍රමය හමුදා සේවයේ (යුධ / ගුවන් / නාවික) හෝ පොලිසියේ සේවයේ නියුක්ත නම් ඒ සම්බන්ධ විස්තර,

(අ). ඔහු/ඇය නියුක්ත සේවාව :-.....

(ආ). වර්ථමාන සේවා ස්ථානයේ ලිපිනය :-.....

.....

(ඇ). පදිංචි ස්ථානයේ සිට සේවා ස්ථානය දක්වා ඇති දුර :-.....

(කලක්‍රමයේ සේවා සහතිකයක් ඇමිණිය යුතුය)

කලක්‍රමයා දෛනික ජීවිතයට බාධා පමුණුවන බරපතල හෝ විශේෂ රෝගයක් හෝ ආබාධයකින් පෙළෙන්නේ නම් ඒ පිළිබඳ විස්තර. (වෛද්‍ය වාර්තා මගින් සනාථ කල යුතුය)

3. අවිවාහක නම්,

7.3.1. ජීවතුන් අතර සිටින මව/පියා පිළිබඳ විස්තර :-

නම :-

මව -..... වයස - .....

පියා -..... වයස - .....

7.3.2. අවිවාහක සහෝදර/සහෝදරියන්ගේ විස්තර :-.....

.....

.....

දෙමාපියන් හෝ අවිවාහක සහෝදර/සහෝදරියන් දෛනික ජීවිතයට බාධා පමුණුවන බරපතල හෝ විශේෂ රෝගයක් හෝ ආබාධයකින් පෙළෙන්නේ නම් ඒ පිළිබඳ විස්තර. (වෛද්‍ය වාර්තා මගින් සනාථ කල යුතුය).

8. දරුවන් පිළිබඳ විස්තර

නම	වයස	ඉගෙනුම් ලබන පාසල	ශ්‍රේණිය
1.....	.....	.....	.....
2.....	.....	.....	.....
3.....	.....	.....	.....
4.....	.....	.....	.....
5.....	.....	.....	.....

බරපතල හෝ විශේෂ රෝගයක් හෝ ආබාධයකින් පෙළෙන්නේ නම් ඒ පිළිබඳ විස්තර. (වෛද්‍ය වාර්තා මගින් සනාථ කල යුතුය)

9. නිලධාරියා රාජ්‍ය සේවයට ඇතුලත් වූ දිනයේ සිට මේ දක්වා එක් එක් සේවා ස්ථානයේ ගතකල සේවා කාලයන් පිළිබඳ විස්තර (අනුපිළිවලින් සටහන් කරන්න.ඉඩ ප්‍රමාණවත් නොවේනම් ඇමුණුමක් භාවිතා කරන්න. වර්තමාන සේවා ස්ථානය පලමුව හා මුල්ම සේවා ස්ථානය අවසානයට වන පරිදි සඳහන් කරන්න)

අනු අංකය	අමාත්‍යාංශය / ප්‍රා.ලේ කාර්යාලය/ දෙපාර්තමේන්තුව / ආයතනයේ නම	එහි සේවා කාලය දින සිට දින දක්වා	අනුයුක්තව රාජකාරි කටයුතු කලේනම් ඒ පිළිබඳ විස්තර	සම්පූර්ණ සේවා කාලය

10. ඔබ කැමති සේවා ස්ථාන තුනක් කැමැත්ත අනුව අනුපිළිවෙලට සඳහන් කරන්න.

ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාශයේ නම

1. ....
2. ....
3. ....

11. ඔබට මෙම ස්ථාන මාරු ඉල්ලීම සම්බන්ධව විශේෂයෙන් සඳහන් කලයුතු දෙයක් ඇත්නම් මෙහි සඳහන් කරන්න.

.....

.....

.....

.....

මව්සින් මෙහි දක්වා ඇති තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව ප්‍රකාශ කරමි.

දිනය :-

.....  
නිලධාරියාගේ අත්සන

“ආ” කොටස

ප්‍රාදේශීය ලේකම්වරයාගේ නිරීක්ෂණ

1-8 දක්වා සපයා ඇති තොරතුරු සත්‍ය බව ප්‍රකාශ කරමි.

අනුප්‍රාප්තිකයෙකු සහිතව / රහිතව නිලධාරියා මුදාහැරිය හැකිය / නොහැකිය.

ඉල්ලුම් පත්‍රය නිර්දේශ කරමි / නොකරමි.

දිනය :-

.....  
ප්‍රාදේශීය ලේකම්වරයාගේ අත්සන

“ඇ” කොටස

නිරීක්ෂණ

අමාත්‍යාංශ ලේකම්,

පෞද්ගලික ලිපි ගොනුව අනුව අංක 1, 2, 3, 6 හා 9 දරණ තොරතුරු සත්‍ය බව සහතික කරමි.

දිනය :-

.....  
ජේ.සලේ / අධ්‍යක්ෂ අත්සන

නිල මුද්‍රාව,