

प्रपत्र-4

(केन्द्रीय सिविल सेवाएँ (अवकाश) नियम, 1972 का नियम 19 देखें)

अवकाश पर जाने के लिए या अवकाश बढ़ाने या लघुकृत अवकाश के लिए चिकित्सा प्रमाण-पत्र

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर

मैं, प्रकरण की व्यक्तिगत रूप से सावधानीपूर्वक परीक्षा करने के बाद, एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ कि श्री/श्रीमती/कुमारी (बीमारी का नाम) रोग से पीड़ित है और मेरी धारणा है कि उनके स्वास्थ्य के सुधार के लिए उनके कर्तव्य से उनको दिनांक से तक के लिए अनुपस्थित रहना अत्यन्त आवश्यक है ।

दिनांक : सीविल सर्जन/स्टाफ सर्जन/ प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक
.....चिकित्सालय/डिस्पेंसरी या अन्य पंजीकृत चिकित्सक

fitness_certi

प्रपत्र-5

(केन्द्रीय सिविल सेवाएँ (अवकाश) नियम, 1972 का नियम 24 (3) देखें)

कार्य पर वापस लौटने के लिए फिटनेस का चिकित्सा प्रमाण-पत्र

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर

मैं, सिविल सर्जन/स्टाफ सर्जन/ प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक/ पंजीकृत चिकित्सक (अस्पताल का नाम) एतद्वारा यह प्रमाणित करता हूँ कि मैंने श्री/श्रीमती/कुमारी की, जिनके हस्ताक्षर ऊपर हैं, सावधानी के साथ परीक्षा कर ली है और पाया है कि उनकी बीमारी ठीक हो गई है और वे दिनांक से सरकारी सेवा में काम पर वापस लौटने के लिए फिट हैं । मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि इस निर्णय पर पहुँचने से पहले प्रकरण के मूल चिकित्सा प्रमाण पत्र (त्रों) और प्रविवरण (णों) (या उनकी प्रमाणीकृत प्रतिलिपियों) की जाँच कर ली है, जिनके आधार पर उन्हें अवकाश पर जाने या अवकाश बढ़ाने की मंजूरी दी गई थी और उनको अपने निर्णय पर पहुँचने में ध्यान में रखा है ।

दिनांक : सिविल सर्जन/स्टाफ सर्जन/
प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक/ पंजीकृत चिकित्सक

fitness_certi.doc

Form 4

[See Rule 19]

MEDICAL CERTIFICATE FOR LEAVE OR EXTENSION OF LEAVE OR COMMUTATION OF LEAVE

Signature of the Government servant.....

I,after careful personal examination of the case hereby certify that Shri/Shrimati/Kumari whose signature is given above, is suffering from..... and I consider that a period of absence from duty for with effect from is absolutely necessary for the restoration of his/her health.

Dated.....

Civil Surgeon/Staff Surgeon/
Authorized Medical Attendant/
.....Hospital/Dispensary
Or other Registered Medical Practitioner

Form 5

[See Rule 24 (3)]

MEDICAL CERTIFICATE OF FITNESS TO RETURN TO DUTY

Signature of the Government servant.....

I, Civil Surgeon/ Staff Surgeon/ Authorized Medical Attendant/ Registered Medical Practitioner of do hereby certify that I have carefully examined Shri/Shrimati/Kumari whose signature is given above, and find that he/she recovered from his/her illness and is now fit to resume duties in Government service w.e.f. I also certify that before arriving at this decision, I have examined the original medical certificate(s) and statement(s) of the case (or certified copies thereof) on which leave was granted or extended and and have taken these into consideration in arriving at my decision.

Dated.....

Civil Surgeon/Staff Surgeon/
Authorized Medical Attendant,
Registered Medical Practitioner

MEDICAL CERTIFICATE FOR LEAVE OR EXTENSION OF COMMUTATION
LEAVE IN RESPECT OF GAZETTED OFFICER

Signature of the Government Servant _____

I, _____ after careful personal examination of the case hereby certify that Sh./ Smt./ Kumari _____ whose signature is given above is suffering from _____ and I consider that a period of absence from duty of _____ day(s) with effect from _____ is absolutely necessary for the restoration of his/her health.

Authorized Medical Attendant

**Hospital/
Dispensary or other Registered
Medical Practitioner**

Date: _____

Form 5

[See Rule 24 (3)]

MEDICAL CERTIFICATE OF FITNESS TO RETURN TO DUTY

Signature of the Government servant.....

I, Civil Surgeon/ Staff Surgeon/ Authorized Medical Attendant/ Registered Medical Practitioner of do hereby certify that I have carefully examined Shri/Shrimati/Kumari whose signature is given above, and find that he/she recovered from his/her illness and is now fit to resume duties in Government service w.e.f. I also certify that before arriving at this decision, I have examined the original medical certificate(s) and statement(s) of the case (or certified copies thereof) on which leave was granted or extended and have taken these into consideration in arriving at my decision.

Dated.....

Civil Surgeon/Staff Surgeon/
Authorized Medical Attendant,
Registered Medical Practitioner