

डॉ० विनोद कुमार सिंह
कुलसचिव

Dr. Vinod Kumar Singh
Registrar

संख्या CA 22202
दिनांक 27.12.2021

सेवा में,

01. संकायाध्यक्ष/विभागाध्यक्ष/निदेशक/समन्वयक,
02. वित्त अधिकारी,
03. परीक्षा नियंत्रक,
04. कार्य अधिकक्षक, निर्माण विभाग,
05. कुलानुशासक,
06. समस्त उपकुलसचिव/सहायक कुलसचिव, लखनऊ विश्वविद्यालय, लखनऊ।

महोदय/महोदया,

मा० कार्य परिषद की बैठक दिनांक 22.03.2013 के विनिश्चय संख्या 08 में लिए गये निर्णय के क्रम में मा० कुलपति महोदय द्वारा शिक्षक एवं शिक्षणोत्तर कर्मचारियों को कैंशलेस चिकित्सा सुविधा उपलब्ध कराये जाने हेतु गठित समिति की बैठक दिनांक 23.07.2021 में लिए गये निर्णय पर माननीय कुलपति जी के अनुमोदन दिनांक 21.08.2021 के क्रम में कैंशलेस चिकित्सा सुविधा सम्बन्धि अग्रेत्तर कार्यवाही हेतु शिक्षक एवं शिक्षणोत्तर कर्मचारियों के विवरण की आवश्यकता है।

उक्त के सम्बन्ध में सूच्य है कि कार्यालय के पत्र आर/865/21 दिनांक 25.08.2021 द्वारा शिक्षक/शिक्षणोत्तर कर्मचारियों से पूर्ण विवरण मांगा था, जिसके अनुपालन में विभिन्न विभागों में कार्यरत शिक्षक/शिक्षणोत्तर कर्मचारियों का विवरण कुलसचिव कार्यालय को प्राप्त हुये है, परन्तु कतिपय विभागों के कर्मचारियों एवं शिक्षकगण का ब्यौरा अभी तक अप्राप्त है।

अतः आपसे अनुरोध है कि अपने विभाग/कार्यालय में कार्यरत समस्त शिक्षकगण एवं शिक्षणोत्तर कर्मचारियों (सूचना अप्राप्त) का पूर्ण विवरण संलग्न प्रारूप में 03.01.2022 तक अधोहस्ताक्षरी को उपलब्ध कराने का कष्ट करें।

उक्त के तिथि के उपरान्त कोई प्रत्यावेदन स्वीकार नहीं किया जायेगा।

संलग्नक : यथोपरि।

महोदय

(डॉ० विनोद कुमार सिंह)
कुलसचिव

संख्या..... दिनांक.....

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित:-

1. निजी सचिव, कुल सचिव, लखनऊ विश्वविद्यालय, लखनऊ।
- ✓ 2. इन्चार्ज वेबसाइट को इस आशय से प्रेषित कि पत्र एवं सन्लग्नक समस्त को ई-मेल के माध्यम से प्रस्तुत कर कार्यालय को अवगत कराने का कष्ट करें।
3. अध्यक्ष/महामंत्री, लूटा, कर्मचारी परिषद्, ल०वि०वि०।
4. इन्चार्ज, डी०टी०पी अनुभाग।

कुलसचिव

लखनऊ विश्वविद्यालय, लखनऊ

सूचना प्रारूप

संकाय/विभाग का नाम :.....

शिक्षक/कर्मचारी का नाम :.....

पिता का नाम :.....

पता :.....

.....

जन्म तिथि :.....

पद का नाम :.....

नियमित/अनानुमोदित/नियत :.....

वैवाहिक स्थिति(विवाहित/अविवाहित) :.....

यदि कोई गंभीर बीमारी है, तो उसका विवरण :.....

परिवार के सदस्यों (आश्रित/पाल्यों) का विवरण

क्रम संख्या	सदस्य का नाम	कर्मचारी से सम्बन्ध	जन्म तिथि	महिला/पुरुष	कोई गंभीर बीमारी है, तो उसका विवरण

हस्ताक्षर

शिक्षक/कर्मचारी

सत्यापनकर्ता

विभागाध्यक्ष
पदनाम मुहर के साथ