

.....गाउँ/नगरपालिका  
गाउँ/नगरकार्यपालिकाको कार्यालय

.....  
गण्डकी प्रदेश

(दरबन्दी सहित तहवृद्धि कायम हुने आवेदन फाराम)

(स्थानीय सेवा (गठन तथा सञ्चालन) अध्यादेश को दफा ९ को उपदफा (१), (२) र (३) अनुसार दरबन्दी  
मिलान भई स्वतः माथिल्लो तह कायम हुने पदको लागि)

१. सूचनाको विवरण

तह कायम सूचना नम्बर:-	तहकायम हुने तह:-
सेवा:-	समूह:-
उपसमूह:-	पद:-

२. कर्मचारीको विवरण

उम्मेदवारको नाम,थर(देवनागरीमा):- .....	उम्मेदवारको हालसालै खिचेको फोटो टाँसी कार्यालय/महाशाखा प्रमुखबाट प्रमाणित गर्नुपर्ने।
उम्मेदवारको नाम,थर(अंग्रेजी ठूलो अक्षरमा):-.....	
ठेगाना:- .....	वहाल रहेको कार्यालय:- .....
बाबुको नाम:- .....	हालको सेवा:- .....
आमाको नाम:- .....	समूह/उपसमूह:-.....
बाजेको नाम:- .....	पद:- .....
नागरिकता नम्बर:- .....	कर्मचारी संकेत नम्बर:- .....
जारी जिल्ला:- .....	पान नम्बर:- .....
मोबाइल नम्बर:-.....	ईमेल ठेगाना:-.....
प्रदेश/लोक सेवा आयोग/ पदपूर्ति समितिको विज्ञापन नम्बर:-.....विज्ञापन प्रकाशित मिति:-.....	
हालको पदमा सिफारिस सूचना नम्बर र मिति :-.....	
हालको पदमा स्थायी नियुक्ति लागू भएको मिति:-.....	

३. सेवाको विवरण(शुरुदेखि हालसम्मको)

क्र.स.	पदको नाम, श्रेणी/तह, सेवा, समूह, उपसमूह	कार्यालयको नाम	नियुक्ति वा बढुवाको मिति	बहाल रहेको मिति		असाधारण विदा वसेको भए सोको अवधि		कसरी आएको (खुल्ला/ बढुवा/समायोजन अस्थायी)	स्थायी नियुक्ति गर्ने निकाय	कैफियत
				देखि	सम्म	देखि	सम्म			
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११

४. माथि उल्लिखित विवरणमा कुनै कुरा झुट्टा लेखिएको ठहरे कानून बमोजिम सहूला/ बुझाउँला भनी

सहीछाप गर्ने:-

कर्मचारीको नाम, थर:-

संकेत नम्बर:-

पद:-

सही र मिति:-

ल्याप्चे सहीछाप	
दायाँ	बायाँ

५. उपरोक्त व्यहोरा कार्यालयमा रहेको निजको रेकर्ड अनुसारको हो र यसमा निजले मेरो रोहबरमा सहीछाप गरेको ठीक हो भनी प्रमाणित गर्ने कार्यालय/महाशाखा प्रमुखको:-

नाम, थर:-

संकेत नम्बर:-

दस्तखत:-

मिति:-

कार्यालयको छाप

८. तहवृद्धिको निर्णय (कार्यालय प्रयोजनको लागि मात्र)

आवेदक कर्मचारीको स्थानीय सेवा (गठन तथा सञ्चालन) अध्यादेश, २०७९ को दफा ९ को उपदफा ..... बमोजिम समायोजन/नियुक्ति भएको देखिएकोले हाल कार्यरत ..... दरबन्दी स्वतः ..... दरबन्दीमा कायम हुनेगरी निजलाई हाल कार्यरत तहबाट देहायबमोजिम समान सेवा, समूह, उपसमूहमा एकतह वृद्धि गर्ने निर्णय गरिएको छ।

कार्यपालिकाको निर्णय मिति:-

तहवृद्धि हुने तह:-

समूह/उपसमूह:-

तहवृद्धिको निर्णय लागू हुने मिति:-

सेवा:-

पद:-

.....

(.....)

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

..... कार्यपालिकाको कार्यालय

(स्थानीय तहको छाप)