

PEOPLE EDUCATIONAL SOCIETY

Dr. Rajat Agrawal

M.B.B.S. M.S. (Ortho.)

Secretary

Agrawal Orthopaedic Hospital

Jubilee Road, Gorakhpur-273001

Ph. No. 0551-2333102, 2205261

Email : agrawalram@hotmail.com

Website : aohospital.org

Ref. No. : PES/Gkp./Appoint./2021-22/73

Dated : May 09, 2022

विषय श्री अन्दन मिश्रा गौतम

नियुक्ति प्रपत्र

आपको इस संस्थान में नियुक्ति हेतु प्रार्थना पत्र देने और व्यक्तिगत साक्षात्कार में सम्मिलित होने के लिए सम्बोधित किया गया है। इस आपको इस संस्थान द्वारा फार्मेटेड/कॉलेज के डिप्लोमा इंजीनियरिंग विभाग में आयोजित के पर पर चर्चा होने पर प्रार्थना पत्र देने के लिए और यह अपेक्षा करने है कि आप दिनांक 15.05.2022 के पूर्व अपना कार्यभार ग्रहण कर लेंगे/लेगी।

आपको नियुक्ति से सम्बंधित विषय एवं शर्तें निम्नवत् होती हैं।

I. परिचय काल

आप दो वर्षों (2022-23 एवं 2023-24) के परिचय काल पर होंगे। और यह अवधि 08.05.2024 तक सारी जाएगी। इस दो वर्षों के अवधि में प्रथम अवधि को यह पूर्ण अवधि होना कि यह आप को दो वर्ष पूर्ण होने के पूर्व ही आपको बिना एक नहिने का नोटिस दिए ही अपना कार्यभार समाप्त कर दें।

II. नियुक्ति का स्वीकारण

उपरोक्त परिचय काल के समाप्ति पर अपने स्वीकारण विस्तारिकरण हेतु आपको संस्थान के निर्दिष्ट चयन समिति (जब भी यह अनुभव नहीं है) के साथ उपस्थित होना पड़ेगा। इस निर्दिष्ट चयन समिति की संसृष्टि पर ही आपको नियुक्ति मिलने दो वर्षों के लिए प्रार्थना पत्र देंगे।

III. दैनिक वेतन

कार्यभार ग्रहण करने की तिथि से आप को कुल सकल वेतन प्रतिमाह ₹ 15,600/- देय होगा।

IV. सेवा अनुभव का

आपको नियुक्ति के स्वीकारण के उपरान्त आपको संस्थान को पूरे एक सेमेस्टर सेवा देनी होगी और आप इस बीच संस्थान नहीं छोड़ सकते/सकेंगी। कार्य के लिए को ध्यान में रखते हुए सेमेस्टर के दौरान संस्थान छोड़ना अथवा संस्थान से त्यागपत्र देना अनुभव नहीं है। यदि आप संस्थान छोड़ना ही चाहते/चाहती हैं तो प्रथम सेमेस्टर के अन्त में अवधि अपनी दिनांक वस में या अगली वर्ष में जब बताये नहीं गए तब ही तो आप त्यागपत्र दे कर जा सकते/सकेंगी।

किसी अन्य नहिने में त्यागपत्र न करके वेतन भुगतान में अतिरिक्त अनुभव प्रदान-पत्र प्रदान में सेवा उपलब्ध कर सकते हैं जब तक कि ऐसे अद्यतन त्यागपत्र के पीछे कोई उचित कारण न दिया गया हो।

V. नोटिस अवधि

नियुक्ति के स्वीकारण के उपरान्त दो वर्षों में से कोई एक या 30 दिन की नोटिस देकर नियुक्ति समाप्त कर सकते हैं। संस्थान को यह अधिकार होगा कि इस नोटिस अवधि के बदले में एक नहिने का वेतन आप को दे अथवा आप से ग्रहण कर लें।

VI. अनुसंधान/प्रशिक्षण के कारण सेवा समाप्ति

आप के कार्यभार के दौरान यदि यह पाया गया कि आप किसी प्रकार संस्थान के हित के विरुद्ध कोई कार्य कर रहे/रही है। अथवा आप का कोई कार्य संस्था के प्रति को नुकसान कर रहा है अथवा आप का व्यवहार प्रथम समिति के किसी सदस्य के प्रति दोषपूर्ण है अथवा संस्थान के किसी सम्बंधित अधिकारी के प्रति अथवा अथवा अयोग्य, अनैतिक एवं असमान जनक है, अथवा यह पाया जाये कि आप जानबूझ कर किसी कार्य को सम्बंधित करने में अयोग्यता विलम्ब या अन्यायपूर्ण कर रहे/रही है, तो आपको सेवा के अन्तर्गत प्रथम से अथवा जो जा सकती है। ऐसे स्थिति में आप सेवा निवृत्त के प्रकरण में स्वयं जिम्मेदार होंगे/होगी। ऐसी सेवा समाप्ति पर इससे सम्बंधित किसी विवाद के निवारण हेतु बीचस्थित संस्थान निकाला जावेगा। ऐसे विवाद अन्य किसी अन्य क्षेत्र के कार्य परिधि के अन्तर्गत नहीं आवेंगे।

VII. कार्य अनुसूची

आप संस्थान के समय सदस्यों के अनुभव कार्य करने/करेंगी। आप इस कार्य अनुसूची का पूरा तरह से पालन करने/करेंगी। आप अपने पर तथा उत्तर दायित्व के अनुभव कार्य दिवस का अनुसंधान सुनिश्चित करेंगे/करेंगी। आप से अथवा व्यवहार, समय की पाठ्य, संस्थान के प्रति समर्थन की भावना, अनुसंधान प्रियता तथा कार्य के प्रति उत्साह आप के कार्यभार के दौरान अथ से अपेक्षित है।

VIII. प्रतिबन्ध

इस संस्थान में आपको नियुक्ति एक पूर्ण कालिक नियुक्ति है और आप पूरे समय संस्थान के उपदेशों के अनुक्रम कार्य सम्बंधित करेंगे। आप संस्थान के बाहर किसी अन्य संस्था में वेतन प्रदान कार्य नहीं करेंगे। संस्थान के बाहर किये कोई वेतन युक्त सम्बंधित कार्य संस्थान द्वारा अनुभव नहीं है। और ऐसे लिए यह कार्य के लिए, कोई अनुसंधान भी नहीं है।

आपको सामान्य शिक्षण कार्य के अतिरिक्त आपको व्यक्तिगत एवं घोषणा को ध्यान में रखते हुए संस्थान के हित में कोई अतिरिक्त कार्य प्रथम समिति / स्टाफ/निदेशक/ निदेशक द्वारा समय समय पर दिया जा सकेगा।

Registration No. 1164/2004-2005

Registered Office : Agrawal Orthopaedic Hospital, Jubilee Road, Gorakhpur, (U.P.) 273001

Phone : 91-0551-2333102, 2349789

PEOPLE EDUCATIONAL SOCIETY

Dr. Rajat Agrawal
M.B.B.S. M.S. (Ortho.)
Secretary

Agrawal Orthopaedic Hospital
Jubilee Road, Gorakhpur-273001
Ph. No. 0551-2333102, 2305261
Email : agrawalram@hotmail.com
Website : aohospital.org

[X] संचयन

अप किसी भी परिस्थिति में संस्थान के समर्थ अधिकारी के सहायता के बिना संस्थान के आन्तरिक प्रकरणों एवं मामलों के बारे में किसी अन्य व्यक्ति अथवा संस्था को अवगत नहीं करने जब तक कि इसमें कोई नियम संगत कानूनी बाधता न उपस्थित हो। निहित हो या अप को कार्य करने के दौरान प्राप्त हुई हो किसी अन्य संस्था एवं व्यक्ति से साक्षात् नहीं करने/करने।

XI पूर्व अभिलेख सम्बन्धित सचयन

यदि अप द्वारा संस्थान को प्रदात अभिलेख, घोषणा, अथवा एवं सचयन सम्बन्धित पर अस्वीकार्य नहीं है तो आपकी संघर्ष बिना किसी पूर्व सूचना के निरस्त कर दी जायेगी।

XII प्रस्थान एवं विदाई

संघ सम्पत्ति के उपरांत आपसे यह अपेक्षा की जाती है कि सभी सम्बन्ध सम्बन्धी कागजात, विशेष उल्लेख, पुस्तकालय की पुस्तकें, छात्रसभ सम्पत्ति, उपकरण और संस्थान द्वारा प्रदात विभिन्न समर्थी संस्थान को वापस कर देंगे और अदेयता अप प्रभाव पर संस्थान को उपलब्ध करा देंगे ताकि अप को अदेयता प्रमाण प्राप्त होने के पूर्व उपलब्ध कराया जा सके। संघ सम्पत्ति सूचना निर्गत होने के उपरांत अप सभी उपलब्ध सम्पत्ति अपने व्यक्ति सहायकों को सौंप देंगे अथवा इस उद्देश्य के सहायकों को सौंप देंगे/देगी अथवा इस उद्देश्य के पूर्ण हेतु नामित अधिकारियों को हस्तांतरित कर देंगे/देगी।

XIII अन्य

आपके नियुक्ति की सभी शर्तें जिनमें उपरोक्त सभी शर्तें भी शामिल हैं वे सभी शर्तें संस्थान के द्वारा अर्पित और प्रभावी होगी।

XIII नियुक्ति सम्बन्धी शर्तों की सहमति एवं स्वीकृति

आपकी नियुक्ति तथा अनुमोदन एवं पूर्ण स्वीकृति जायेगी जब आप सचयन दिया जायेगा कि आप ने उपरोक्त शर्तों को गंभीर-संज्ञित पढ़ लिया है और पूरी तरह से समझ लिया है और यह अनुसूची एवं शर्तें उपरोक्त अनुसूची (I से लेकर XII) तक समाविष्ट हैं।

अप ने अपेक्षा की जाती है कि आप सभी अभिलेखों, प्रमाण-पत्रों, अनुज्ञापत्रों, की छाया प्रति उपकरण प्रदान करने के समय संस्थान को उपलब्ध करा देंगे/देगी।

कार्यभार प्रदान करने के समय अप निर्देशकों को सचयन उपस्थित होने/होनी और उनसे आवश्यक निर्देश प्राप्त करने/करनेगी। कार्यभार प्रदान करने के समय अप इस प्रयत्न पर हस्ताक्षर करके निर्देशक महोदय को आप सौंप देंगे/देगी जिसका यह अभिप्राय होगा कि अप उपरोक्त नियमोंवाली को मानी-संज्ञित समझ लिया है।

सिद्धि/एक बखिर में आप वह साक्षात् करने हुए तथा उपलब्ध सचयन की कल्पना करते हुए।

आपकी

डॉ. राजत अग्रवाल
(सचिव)

मैंने अपने नियुक्ति सम्बन्धी नियमोंवाली और शर्तों को मानी-संज्ञित समझ लिया है उसके अनुसार मैं अपना हस्ताक्षर एवं सहमति प्रस्तुत करता/करती हूँ।

नाम: चन्दन मिश्रा शीतल

हस्ताक्षर

दिनांक:

Registration No. 1164/2004-2005

Registered Office : Agrawal Orthopaedic Hospital, Jubilee Road, Gorakhpur, (U.P.) 273001

Phone : 91-0551-2333102, 2349789