

අභියාචනා ආකෘති පත්‍රය

හෙද /හෙදි නිලධාරීන්ගේ වාර්ෂික ස්ථානමාරු -2017

නිලධාරියාගේ /නිලධාරිණියගේ පෞද්ගලික තොරතුරු

01.නිලධාරියාගේ/නිලධාරිණියගේ සම්පූර්ණ නම.....

.....

02. තනතුර හා ශ්‍රේණිය -

03. මුලකුරු සමඟ නම (ඉංග්‍රීසියෙන්)

.....

04. මුලකුරු සමඟ නම (සිංහලෙන්)

.....

05. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය -

06. දුරකතන අංකය -

07. ස්ථාන මාරු යෝජිත නාම ලේඛනයේ නම සඳහන් අනු අංකය -.....

08. දැනටමත් ලැබී ඇති ස්ථාන මාරු සම්බන්ධ යෝජිත තීරණය - නිර්දේශ කරමු /නිර්දේශ නොකරමු/
පළාත් අනුමැතියට යටත්ව නිර්දේශ කරමු / පුරප්පාඩු නැත.

09. අභියාචනා මගින් අපේක්ෂිත ඉල්ලීම -

.....

.....

.....

10. එම ඉල්ලීම ඉදිරිපත් කිරීමට හේතුව (එය සනාථ කිරීමට අවශ්‍ය ලිපි ලේඛන අමුණා එවිය යුතුය.)

.....

.....

.....

11. ඉහත සඳහන් කර ඇති සියලුම තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවට මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි.

.....

දිනය

.....

නිලධාරියාගේ අත්සන

12. අභියාචනයේ සඳහන් කරුණු පිළිබඳව විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරියාගේ /නිලධාරීන්ගේ සහතිකය

.....
.....

.....

දිනය

.....

විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරියාගේ
අත්සන

13. හෙද නිලධාරීන්ගේ පෞද්ගලික ලිපිගොනු විෂය භාර කළමනාකාර සහකාර විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතුය.

මෙහි සඳහන් කර ඇති 1,2,3,4,5,7,8,9 කරුණු නිවැරදි බවට සහතික කරන අතර ඉදිරිපත් කර ඇති අභියාචනයේ පිටපතක් පෞද්ගලික ලිපි ගොනුවේ ඇතුළත් කළ බව සහතික කරමි.

.....

දිනය

.....

හෙද නිලධාරීන්ගේ පෞද්ගලික ලිපි ගොනු
විෂයභාර කළමනාකාර සහකාරගේ අත්සන

14. අභියාචනයේ සඳහන් කරුණු පිළිබඳව ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය -

(හෙද /හෙදී නිලධාරීන්ගේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු ලබා දීමට අදාළව නිකුත් කරන ලද අංක 01-40-2017 හා 2017.07.28 දිනැති ස්ථාන මාරු චක්‍රලේඛයේ විධිවිධාන සපුරා නොමැති නිලධාරීන්ගේ අභියාචනා ආයතන ප්‍රධානීන් විසින් නිර්දේශ කරන්නේ නම් එයට පාදක වූ විශේෂිත හේතු ඉදිරිපත් කළ යුතුය.එසේම, පිළිගත හැකි හේතු මත අදාළ සුදුසුකම් සපුරන ලද මීට පෙර ස්ථාන මාරු ඉල්ලීමට නොහැකි වූ යම් නිලධාරියෙකුගේ ස්ථාන මාරු නිර්දේශ කරන්නේ නම් ඒ සමඟ විධිමත්ව සම්පූර්ණ කරන ලද ස්ථාන මාරු අයදුම්පතක් ද ඉදිරිපත් කළ යුතුය).

.....
.....
.....
.....
.....

.....

දිනය

.....

ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව