

अनुसूची-२

(दफा ५ को उपदफा (१) सँग सम्बन्धित)

कर्णाली प्रदेश सरकार

कर्णाली प्रदेश प्रशिक्षण प्रतिष्ठान

वीरेन्द्रनगर, सुर्खेत

मिति देखि सम्म सञ्चालित सेवाकालीन तालिम सहभागी मनोनयन फाराम

कर्मचारीको व्यक्तिगत विवरण

कर्मचारीको नाम थर:

कर्मचारी संकेत नम्बर:

नेपालीमा:

अंग्रेजीमा (ALL CAPITAL):

जन्म मिति:

लिङ्ग:

मोबाइल नम्बर:

ईमेल:

सम्पर्क नं:

स्थायी ठेगाना: (प्रदेश.. जिल्ला.. स्थानीय तह... वडा..)

शैक्षिक योग्यता:

तपाईं शारीरिक रुपमा अशक्त हुनुहुन्छ?

☐ छु

☐ छैन (यदि हुनुहुन्छ भने कस्तो प्रकारको हो,

शारीरिक असक्तता

खुलाउनुहोस्.....

तपाईं आफुलाई कुन समूहमा राख्नुहुन्छ ?

☐ आदिवासी जनजाति

☐ दलित

☐ ब्राह्मण

☐ क्षेत्री

☐ मुसलमान

☐ मधेशी

☐ अन्य...

कर्मचारीको पेशागत विवरण

सङ्घबाट कामकाज ☐

प्रदेश ☐

स्थानीय तह ☐

सुरु नियुक्ति मिति:

पद:

श्रेणी/तह :

सेवा समूह:

प्रदेश वा स्थानीय तहमा समायोजन भएको मिति:

सङ्घबाट प्रदेश वा स्थानीय तहमा कामकाजमा आएको मिति(पत्र अपलोड) :

बढुवा तथा स्तरबृद्धि भएकोमा मिति र पद मिति:

पद:

श्रेणी/तह :

सेवा समूह:

हालको पदको विवरण नियुक्ति मिति:

पद:

श्रेणी/तह :

सेवा समूह:

हालको पदबाट बढुवाका लागि योग्य हुने पद/तह:

कर्मचारीको हाल कार्यरत कार्यालयको विवरण

कार्यालयको नाम र ठेगाना:

कार्यालयको फोन नं.

कार्यालयको

ईमेल:

स्व:घोषणा

मैले अन्य प्रशिक्षण प्रदायक संस्थाबाट बहाल रहेको पदका लागि यसै प्रकृतिको सेवाकालीन तालिम नलिएको भनी स्व: घोषणा गर्दछु।

.....

कर्मचारीको दस्तखत

हाल सिफारिस गरिएको तालिमको नाम:

आवेदन पेस गर्ने कर्मचारीको

सिफारिस गर्ने कार्यालय

प्रमुखको

सही

सही:

नाम:

नाम:

मिति:

कार्यालयको छाप

मिति: