

राष्ट्रीय शैक्षिक योजना एवं प्रशासन संस्थान
17-बी, श्री अरविंद मार्ग, नई दिल्ली-110016

कोविड-19 छुट्टी अनुरोध प्रपत्र

निर्देश: कोविड-19 से संबंधित छुट्टी का अनुरोध करने वाले कर्मचारियों को यह फॉर्म तभी भरना चाहिए जब आप नीचे सूचीबद्ध कारणों में से किसी एक कारण से छुट्टी का अनुरोध कर रहे हों। किसी अन्य कारण से अनुरोध प्राप्त होने पर मानक प्रक्रियाओं का पालन किया जाएगा। इस फॉर्म को ईमेल के माध्यम से _____ को या फैक्स के माध्यम से _____ को भेजें।

कर्मचारी विवरण:

नाम: _____

डाक पता: _____

ईमेल: _____

होम/सेल फोन: _____

पर्यवेक्षक _____

अनुरोध विवरण:

- मेडिकल डॉक्टर/जिला प्राधिकरण के आदेश से क्वारंटाइन या अलगाव आदेश के अधीन है।
- कोविड-19 का पुष्ट मामला
- कोविड-19 का संदिग्ध मामला और चिकित्सा निदान की प्रक्रिया जारी है।
- कोविड-19 के पुष्ट मामले वाले व्यक्ति की देखभाल करने के लिए या जो मेडिकल डॉक्टर जिला प्राधिकरण के आदेश द्वारा क्वारंटाइन/अलगाव आदेश के अधीन है।

माता-पिता पति/पत्नी बच्चा अन्य

यदि आपने "अन्य" चुना है, तो कृपया नीचे समझाएं:

- कोविड -19 के कारण स्कूल बंद होने या बाल देखभाल अवकाश की अनुपलब्धता के कारण बच्चे की देखभाल करने के लिए

दूरसंचार

- अगर ऐसा काम दिया जाता है तो मैं टेलीवर्क के लिए उपलब्ध हूँ।
- मैं टेलीवर्क के लिए उपलब्ध नहीं हूँ, अगर ऐसा काम दिया जाता है।

अनुरोधित अवकाश की तिथियां

_____] 2022 से _____] 2022 तक।

संलग्न सहायक दस्तावेज:

- प्राप्त निर्देशों की प्रति, यदि कोई हो, स्थानीय क्वारंटाइन या कोविड-19 से संबंधित अलगाव आदेश
- कोविड-19 के लिए स्वयं-क्वारंटाइन की सलाह देने वाले स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता से दस्तावेजीकरण
- संदिग्ध कोविड-19 के निदान की मांग पर स्वास्थ्य सेवा प्रदाता से दस्तावेजीकरण
- आपकी देखभाल में शामिल व्यक्ति के लिए कोविड-19 के लिए स्वयं-क्वारंटाइन की सलाह देने वाले
- स्वास्थ्य सेवा प्रदाता से दस्तावेजीकरण।
- स्कूल बंद होने या बाल देखभाल अवकाश की अनुपलब्धता का दस्तावेजीकरण

नियोक्ता किसी भी समय अतिरिक्त दस्तावेजीकरण का अनुरोध करने का अधिकार सुरक्षित रखता है।

कर्मचारी पावती

मैं समझता/समझती हूँ कि इस फॉर्म को पूरा करना केवल एक अनुरोध है और यह नियोक्ता द्वारा अनुमोदन के अधीन है। मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि इस फॉर्म में दी गई जानकारी सत्य है और मेरी जानकारी के अनुसार सही है। मैं अपने अनुरोध के संबंध में किसी भी आवश्यक जानकारी को प्राप्त करने और सत्यापित करने के लिए _____ को अधिकृत करता/करती हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि गलत जानकारी प्रदान करने पर मेरे रोजगार को समाप्त करने के लिए अनुशासनात्मक कार्रवाई सहित सुधारात्मक कार्रवाई की जा सकती है।

कर्मचारी हस्ताक्षर

तिथि