

उत्तर प्रदेश स्टेट मेडिकल फैकल्टी

5, सर्वपल्ली, माल एवेन्यू रोड, लखनऊ - 226001

फोन : 0522 - 2238846, 2236600, फैक्स : 0522-2237800



पत्रांक सं० 10436/18

दिनांक 12/11/18

अत्यन्त महत्वपूर्ण / अति आवश्यक

सेवा में,

समस्त नर्सिंग प्रशिक्षण केन्द्रों के सम्मनित प्रशिक्षकगण
उत्तर प्रदेश।

विषय—उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी/उ0प्र0 नर्सिंज एवं मिडवाइब्ज कौंसिल द्वारा विभिन्न कार्यों की आवश्यकताओं की पूर्ति हेतु योग्य नर्सिंग कार्मिकों के विवरण के संबंध में।

महोदय/महोदया,

उत्तर प्रदेश में चल रहे समस्त नर्सिंग प्रशिक्षण केन्द्रों के समस्त नर्सिंग ट्यूटर्स से यह अपेक्षित है कि संलग्न प्रोफामें पर अपने समस्त शैक्षणिक अनुभव, पूर्व एवं वर्तमान कार्य स्थल के बारे में सम्पूर्ण विवरण इस कार्यालय की वेबसाइट www.upsmfac.org पर निर्धारित प्रोफार्मा पर अपडेट करते हुए कार्यालय की ई-मेल आईडी0 upmedicalfaculty@upsmfac.org पर ई-मेल करने का कष्ट करें। कालान्तर में होने वाली नियमित परीक्षाओं में परीक्षा नियंत्रण/पर्यवेक्षण, निरीक्षण कार्यों में आपके अनुभव के आधार पर आपकी सेवायें ली जा सकें, जिसके लिए नियमानुसार टी0ए0/डी0ए0 भी दिया जायेगा।

सूच्य हो कि उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी द्वारा प्रत्येक वर्ष लगभग सत्तर से अस्सी हजार छात्र/छात्राओं की नियमित वार्षिक परीक्षाएँ सम्पादित करायी जाती है, जिसका Central Evaluation (केन्द्रीयकृत मूल्यांकन) कराये जाने का प्राविधान किया जा रहा है। आपके शैक्षणिक अनुभव के आधार पर परीक्षा में उड़न दस्ता व परीक्षा सम्पन्न होने के उपरान्त मूल्यांकन इत्यादि कार्यों में आपकी सेवाओं की आवश्यकता कार्यालय को होगी। साथ ही यह भी स्वीकृति देने का कष्ट करें कि क्या Central Evaluation हेतु आप लखनऊ आकर करने के लिए तैयार होंगे।

कृपया उपरोक्त समस्त विवरण दिनांक 30 नवम्बर, 2018 तक आप स्वयं ऑनलाईन उपलब्ध कराना सुनिश्चित करें।

भवदीय,

सचिव,

उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी।



U.P. Nurses & Midwives Council

5, sarvapalli Mall Venue Road Lucknow (U.P), Phone:- 0522-2238846,
Fax - 0522-22366002235964, 3302100,
E-mail :- upmedicalfaculty@upsmfac.org, Website :- www.upsmfac.org

Ad-hoc Work Proforma Form

- 1 Name (Block Letters) :
- 2 Designation :
- 3 Present Place of Work
- 4 Date of Joining : From.....to.....
- 5 Address of Residence
- 6 Telephone Number : (Off.)..... (Res)..... (Mob)...
- 7 Whether working in Govt./Pvt. :
- 8 Date of Birth :
- 9 R.N.R.M. No. (U.P)/others
(Enclosed Copy Attested by Competent Authority) :
- 10 Email ID :

Self-attested

Photograph

11. Professional Qualification

Degree	Year	University/Institution
Post.B.BSc.Nursing		
B.Sc.Nursing		
M.Sc.Nursing		

12. Teaching Experience :

Course	From	To	Name of the Institution
ANM			
GNM			
B.Sc.(N)			
P.B.BSc (N)			
Post Graduate			

Whether Willing to come to Lucknow for central validation.

Declaration:

I hereby declare that the statements made above are correct to the best of my knowledge. I will be available for Ad-hoc-works whenever called to do so. I am physically fit to carry out the travel involved observation/evaluation.

(Signature of Applicant)