දුරකථන / தொலைபேசி / Telephones: 011-2136600, 011-2136650
ලේකම් / செயலாளர் / Secretary: 011-2136602
ෆැක්ස් / தொலைநகல் / Fax: 011-2876169, 011-2876181
විද්‍යුත් තැපැල / மின் - அஞ்சல் / E - mail: info@psc.gov.lk
වෙබ් අඩවිය / இணையத்தளம் / Website: www.psc.gov.lk

රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභා කාර්යාලය
அரசாங்க சேவை ஆணைக்குழு அலுவலகம்
OFFICE OF THE PUBLIC SERVICE COMMISSION

අංක 1200/9, රජමල්වත්ත පාර, බත්තරමුල්ල
இல. 1200/9, இராஜமல்வத்தை வீதி, பத்தரமுல்லை
No. 1200/9, Rajamalwatta Road, Battaramulla

මගේ අංකය / எனது இல. / My No.: PSC/EST/2-4-34/1/2013
ඔබේ අංකය / உமது இல. / Your No.:
දිනය / திகதி / Date: 2024.06. 20

රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභා චක්‍රලේඛ: 02/2024

සියලුම අමාත්‍යාංශ ලේකම්වරුන්

හා දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානීන්

<u>වාර්ෂික ස්ථානමාරු කමිටු සඳහා වෘත්තීය සමිති නියෝජිතයින් පත්කිරීම - රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභා කාර්ය පටිපාටික රීති 250 (III)</u>

රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභා කාර්ය පටිපාටික රීති 250 (III) අනුව, එහි සඳහන් අවශ්‍යතා සපුරාලන වෘත්තීය සමිතිවලට වාර්ෂික ස්ථාන මාරු කමිටුවල නියෝජනයක් හිමිවේ.

02. කෙසේ වුවද, වාර්ෂික ස්ථානමාරු කමිටුව වෘත්තීය සමිතියක් නියෝජනය කිරීම සඳහා පහත දැක්වෙන පුද්ගලයින් පත් නොකළ යුතු බවට රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභාව තීරණය කර ඇත.

(අ) විශ්‍රාමික නිලධරයකු

(ආ) අදාළ වාර්ෂික ස්ථානමාරු කමිටුවේ විෂය පථය යටතට ගැනෙන සේවාව / තනතුරට වෙනස් සේවාවක/ තනතුරක නිලධරයකු

(ඇ) අනුමත ස්ථානමාරු පටිපාටියක් අනුව ලබාදුන් ස්ථානමාරු නියෝගයකට අවනත නොවීම හේතුවෙන් කුමන හෝ අවස්ථාවක වරදකරුව සිටින නිලධරයකු

(ඈ) රාජකාරි වැඩ තහනමට හෝ අනිවාර්ය නිවාඩු ගැන්වීමකට ලක්ව ඇති හෝ චෝදනා පත්‍රයක් නිකුත් කරනු ලැබ ඇති නිලධරයකු

03. තවද, විමර්ශනයකට ලක්ව සිටින නිලධරයකු ද, ඔහු /ඇය සැකයට භාජනය වී ඇති වරදෙහි බරපතලකම සැලකිල්ලට ගෙන, වාර්ෂික ස්ථානමාරු කමිටුවකට පත්කිරීම ප්‍රතික්ෂේප කිරීමේ බලය අදාළ ස්ථානමාරු බලධරයාට හිමිවේ.

04. යම් වර්ෂයක ස්ථානමාරු කමිටුවකට එම වර්ෂයේ වාර්ෂික ස්ථානමාරු අයදුම්කර ඇති හෝ ස්ථානමාරුවකට යටත්වන නිලධරයකු නම් නොකිරීමට වෘත්තීය සමිති විසින් සෑම උත්සාහයක්ම දැරිය යුතු අතර එසේ නම් කිරීම නොවැළැක්විය හැකි අවස්ථාවක අදාළ නියෝජිතයා තම ස්ථානමාරුවට අදාළ වන තීරණයක් ගැනීමේ ක්‍රියාවලියට කිසිදු ආකාරයකින් සම්බන්ධ නොවිය යුතුය.

රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභාවේ නියමය පරිදි,

ඩබ්ලිව්.එච්.එම්.එම්.සී.කේ.දයාරත්න
ලේකම්
රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභාව

දුරකථන
தொலைபேசி
Telephones
011-2136600
011-2136650

ලේකම්
செயலாளர்
Secretary
011-2136602

ෆැක්ස්
தொலைநகல்
Fax
011-2876169
011-2876181

විද්‍යුත් තැපැල
மின் - அஞ்சல்
E-mail
info@psc.gov.lk

වෙබ් අඩවිය
இணையத்தளம்
Website
www.psc.gov.lk

**රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභා කාර්යාලය**
**அரசாங்க சேவை ஆணைக்குழு அலுவலகம்**
**OFFICE OF THE PUBLIC SERVICE COMMISSION**

අංක 1200/9, රජමල්වත්ත පාර, බත්තරමුල්ල
இல. 1200/9, இராஜமல்வத்தை வீதி, பத்தரமுல்லை
**No. 1200/9, Rajamalwatta Road, Battaramulla**

මගේ අංකය
எனது இல.
My No.
PSC/EST/06-05/03
2015

ඔබේ අංකය
உமது இல.
Your No.

දිනය
திகதி
Date
2024.07.24

රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභා චක්‍රලේඛ : 04/2020(1)

අමාත්‍යාංශ ලේකම්වරුන්,

පළාත් ප්‍රධාන ලේකම්වරුන්,

දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානීන්

<u>නිලධරයාගේ ඉල්ලීම මත පළාත් රාජ්‍ය සේවයේ ස්ථිර පත්වීමක් දරන නිලධරයකු ජාතික සේවයේ අනුරූපී තනතුරකට අන්තර්ග්‍රහණය කිරීම</u>

උක්ත කරුණ සම්බන්ධයෙන් රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභාව නිකුත් කරන ලද 2020.01.30 දිනැති අංක 04/2020 චක්‍රලේඛයෙහි හා 2024.02.27 දිනැති අංක 01/2024 චක්‍රලේඛ ලිපියෙහි විධිවිධාන ප්‍රකාරව අදාළ බලධරයන් විසින් එතෙක් ගෙන ඇති තීරණවලට හෝ ක්‍රියාමාර්ගවලට අගතියක් නොවන පරිදි, මෙම චක්‍රලේඛය ක්‍රියාත්මක වන දින සිට ඉහත කී චක්‍රලේඛය හා චක්‍රලේඛ ලිපිය අවලංගු වේ.

02. ජාතික සේවයේ තනතුරකට අනුරූපී පළාත් රාජ්‍ය සේවයේ ස්ථිර තනතුරක් දරන සෞඛ්‍ය සේවයේ, වෛද්‍ය කර්මය සඳහා වූ පරිපූරක වෘත්තීන්ගේ සේවයේ, අතුරු වෛද්‍ය සේවයේ හා ගුරු සේවයේ නිලධරයකු, පහත i සිට viii දක්වා අවශ්‍යතා සපුරාලන්නේ නම්, රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභාවේ අභිනියෝජිත බලය දරන අදාළ පත්කිරීම් බලධරයා විසින් එකී නිලධරයාගේ ඉල්ලීම මත ජාතික සේවයට අන්තර්ග්‍රහණය කරනු ලැබිය හැකිය.

i. නිලධරයා අධ්‍යයන පොදු සහතික පත්‍ර (උසස් පෙළ) විභාගයේ Z අගය මත හෝ, උපාධිධරයකු නම්, දීපව්‍යාප්ත විවෘත තරඟ විභාගයක ප්‍රතිඵල මත අදාළ රේඛීය අමාත්‍යාංශය විසින් තෝරාගනු ලැබීමෙන් අනතුරුව පළාත් රාජ්‍ය සේවයට බඳවා ගෙන තිබිය යුතුය.

ii. පළාත් රාජ්‍ය සේවයේ තනතුර දැරීමට අවශ්‍ය සුදුසුකම් සම්පූර්ණ කිරීම සඳහා වූ මූලික පුහුණුව අදාළ රේඛීය අමාත්‍යාංශය යටතේ ලබා තිබිය යුතුය.

iii. ජාතික සේවයේ අනුරූපී සේවා ව්‍යවස්ථාවේ/බඳවා ගැනීමේ පටිපාටියේ විධිවිධානවලට සමාන විධිවිධාන ඇතුළත් පළාත් රාජ්‍ය සේවයේ සේවා ව්‍යවස්ථාවකින්/බඳවා ගැනීමේ පටිපාටියකින් පාලනය වන තනතුරක් දැරිය යුතුය.

iv. පළාත් රාජ්‍ය සේවයේ අදාළ තනතුරෙහි පත්වීම ස්ථිර කර තිබිය යුතුය.

2/

v. නිලධරයා කිසියම් හෝ විනය ක්‍රියාමාර්ගයකට යටත්ව නොසිටිය යුතු අතර අදාළ පළාත් බලධරයින් විසින් නිලධරයාට එරෙහිව විනයානුකූලව කටයුතු කිරීමට අදහස් කර නොතිබිය යුතුය.

vi. පළාත් රාජ්‍ය සේවයේ සේවයට අදාළව නිලධරයාට එරෙහිව කිසිදු අධිකරණ ක්‍රියාමාර්ගයක් ආරම්භව නොතිබිය යුතුය.

vii. නිලධරයා පළාත් රාජ්‍ය සේවයෙන් ස්ථිරව මුදා හැරීමට අදාළ පළාත් පත්කිරීම් බලධරයාගේ එකඟතාව ලැබී තිබිය යුතුය. නිලධරයකු පළාත් රාජ්‍ය සේවයෙන් මුදා හැරීමට අදාළ නියමයන් හා කොන්දේසි අදාළ පළාත් බලධරයින් විසින් තීරණය කළ යුතුය.

viii. තමන් මෙම චක්‍රලේඛයේ විධිවිධානවලට යටත්ව ජාතික සේවයේ තනතුර බාරගන්නා බවට හා දිවයිනේ ඕනෑම ප්‍රදේශයක සේවය කිරීමට එකඟවන බවට දිවුරුම් ප්‍රකාශයක් නිලධරයා විසින් ජාතික සේවයේ අදාළ පත්කිරීම් බලධරයාට ඉදිරිපත් කළ යුතුය.

03. මෙම චක්‍රලේඛ විධිවිධාන යටතේ ජාතික සේවයේ තනතුරකට අන්තර්ග්‍රහණය කරනු ලබන නිලධරයකුගේ ජ්‍යෙෂ්ඨතාව, නිලධරයා පළාත් රාජ්‍ය සේවයේ තනතුරට පත්කරනු ලැබූ දිනයේදී ජාතික සේවයේ අදාළ තනතුරට පත්කරනු ලැබ ඇතැයි සලකා තීරණය කළ යුතුය. එසේ වුවද, පහත සඳහන් අවස්ථාවලදී හැර, මෙම චක්‍රලේඛයේ විධිවිධාන යටතේ ජාතික සේවයට අන්තර්ග්‍රහණය කරනු ලැබ ඇති නිලධරයකු ජ්‍යෙෂ්ඨතාව නිර්ණායකයක් වන තෝරා ගැනීමකින් සිදු කරනු ලබන උසස් කිරීමක් සඳහා අන්තර්ග්‍රහණයෙන් වසර තුනක් (03) ඉකුත් වන තුරු සුදුසුකම් නොලබන්නේය.

i. උසස් කිරීම සඳහා සුදුසුකම් සම්පූර්ණ කරනු ලැබූ ප්‍රමාණවත් නිලධරයන් සංඛ්‍යාවක් ඉල්ලුම් කර නොමැති අවස්ථාවකදී

ii. පළාත් රාජ්‍ය සේවයේ පෙර තනතුර දරමින් සිටියේ නම් වුවද අයදුම් කිරීමට සුදුසුකම් ලබන්නා වූ උසස් කිරීම්

04. පළාත් රාජ්‍ය සේවයෙන් ජාතික සේවයට අන්තර්ග්‍රහණය වීමට ඉදිරිපත් වන සෑම ඉල්ලීමක් සම්බන්ධයෙන්ම අදාළ පත්කිරීම් බලධරයින් අන්‍යෝන්‍ය එකඟතාවයක් අනුව කටයුතු කළ යුතුය.

05. මෙම චක්‍රලේඛ විධිවිධාන යටතේ ජාතික සේවයට අන්තර්ග්‍රහණය කරනු ලබන සෑම නිලධරයකුටම ජාතික සේවයේ අදාළ පත්කිරීම් බලධරයා විසින් නව පත්කිරීම පාලනය වන නියමයන් හා කොන්දේසි ඇතුළත් තනතුරට අන්තර්ග්‍රහණය කිරීමේ ලිපියක් නිකුත් කළ යුතුය. මේ සඳහා පත්කිරීම් බලධරයින් විසින් රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභා කාර්ය පටිපාටික රීති සංග්‍රහයේ 3 වැනි පරිශිෂ්ටයේ දැක්වෙන ආදර්ශ පත්කිරීම් ලිපිය අවශ්‍ය වෙනස් කිරීම් සහිතව භාවිතා කළ යුතුය.

මෙම චක්‍රලේඛය 2024.07.24 දින සිට ක්‍රියාත්මක වේ.

රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභාවේ නියමය පරිදි,

Ndayan

ඩබ්ලිව්.එච්.එම්.එම්.සී.කේ.දයාරත්න
ලේකම්
රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභාව

# Medical Certificate

**(To be used for submitting with Government Teachers Transfer Applications only.)**

*Recommendation in relevance to chronic ailments / disabilities (heart diseases, previous heart surgeries, chronic kidney disease, malignancy cancers, and accidents with permanent disabilities) should be obtained from a relevant medical specialist in the clinic /ward of a government hospital or private hospital)*

Name: ..........................................................................................................

Date of Birth: ..............................................................................................

Age: .............................................................................................................

Gender: .......................................................................................................

Address: ......................................................................................................

**Illnesses / Ailments:**

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

1. Is/ are this/ these chronic / or acute? ....................................................
2. If it is chronic, is it curable or controllable? ..........................................
3. Any surgical intervention needed or already done? ...............................
4. Is either the applicant or the spouse being currently treated for subfertility? ( please attach relevant documents certified by the specialist with his/her recommendation ) ..........................................................................................................................
..........................................................................................................................
..........................................................................................................................
....................................................................................................................
5. Dose the family of the applicant have any child/ children requiring special needs / with special medical conditions? (Please submit relevant certified information) ......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................

## Disabilities:

1. Are movements of limbs restricted? .........................

2. Is walking restricted or not advisable? ..............................

3. Is traveling by bus/ train or other forms of transport not advisable? ........................

4. Is voice or ability to talk restricted? ...................................

5. Is hearing affected? .........................................

6. Any medication that would affect the proper mental and physical functions of the patient and nature of the disability caused by such medication:
   ..........................................................................................................
   ..........................................................................................................
   ..........................................................................................................
   ..................................................................................................

7. Any other disabilities ( please specify ):
   ..........................................................................................................
   ..........................................................................................................
   ..........................................................................................................
   ..........................................................................................................

## Recommendations:

(This recommendation is to a teacher attached to a government school and kindly gives your recommendation IN LEGIBLE HANDWRITINGS in the context of teacher's duty of a school.)

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

Signature and the Designation/ specialty of the medical practitioner who treated the Patient