



# ಶಿವಮೊಗ್ಗ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಜ್ಞಾನಗಳ ಸಂಸ್ಥೆ

ಫ್ಯಾಕ್ಸ್ ಸಂಖ್ಯೆ : 08182 264100

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಸ್ವಾಯತ್ತ ಸಂಸ್ಥೆ, ಸಾಗರ ರಸ್ತೆ, ಶಿವಮೊಗ್ಗ - 577201

[www.sims-shimoga.com](http://www.sims-shimoga.com)

ಸಂಖ್ಯೆ ಶಿವೈವಿಸಂ/ಆಡಳಿತ ಶಾಖೆ/2021-22 | 2247

ದಿನಾಂಕ 20.01.2022

## ಸುತ್ತೋಲೆ

ವಿಷಯ: ಸಿಮ್ಸ್ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಮತ್ತು ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳಿಗೆ ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿ ನೀಡುವ ಬಗ್ಗೆ

\*\*\*\*\*

ಸಿಮ್ಸ್ ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಿಗೆ ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗುವುದು. ಅವಶ್ಯಕವಿದ್ದಂತಹವರು ಈ ಸುತ್ತೋಲೆಗೆ ಲಗತ್ತಿಸಿದ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ನಿಗದಿತ ಶುಲ್ಕ ರೂ.250/-ನ್ನು ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಪಾವತಿಸಿ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಲು ತಿಳಿಸಿದೆ.

ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು	ಅವಧಿ
ಖಾಯಂ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು	ಖಾಯಂ
ಎಂ.ಬಿ.ಬಿ.ಎಸ್. ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳು	05 ½ ವರ್ಷ
ಸ್ನಾತಕೋತ್ತರ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳು	03 ವರ್ಷ
ಸೀನಿಯರ್/ಜ್ಯೂನಿಯರ್ ರೆಸಿಡೆಂಟ್ ಗಳು	01 ವರ್ಷ
ಗುತ್ತಿಗೆ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು	05 ವರ್ಷ ಅಥವಾ ಗುತ್ತಿಗೆ ಅವಧಿ ಮುಕ್ತಾಯವಾಗುವವರೆಗೆ

ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿ ಒಂದು ಬಾರಿ ಮಾತ್ರ ನೀಡಲಾಗುವುದು ಕಳೆದು ಹೋದಲ್ಲಿ ತಕ್ಷಣವೇ ಪೊಲೀಸ್ ಗೆ ಮತ್ತು ಕಛೇರಿಗೆ ತಿಳಿಸ ತಕ್ಕದ್ದು Duplicate ID Card ಬೇಕಾದಲ್ಲಿ FIR ಪ್ರತಿಯೊಂದಿಗೆ, ರೂ.20/-ರ ಛಾಪಾ ಕಾಗದದಲ್ಲಿ ಕಳೆದು ಹೋದ ಬಗ್ಗೆ ಅಫಿಡೆವಿಟ್ ನೊಂದಿಗೆ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಶುಲ್ಕದೊಂದಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು

ನಿರ್ದೇಶಕರು

ಶಿವಮೊಗ್ಗ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಜ್ಞಾನಗಳ ಸಂಸ್ಥೆ  
ಶಿವಮೊಗ್ಗ SHIVAMOGGA



ಗೆ,

1. ಸಂಸ್ಥೆಯ ಎಲ್ಲಾ ವಿಭಾಗದ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರುಗಳಿಗೆ
2. ಸಂಸ್ಥೆಯ ಎಲ್ಲಾ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಿಗೆ ಸಿಮ್ಸ್, ಶಿವಮೊಗ್ಗ

ಪ್ರತಿಯನ್ನು:-

1. ಮುಖ್ಯ ಆಡಳಿತಾಧಿಕಾರಿಗಳು, ಸಿಮ್ಸ್, ಶಿವಮೊಗ್ಗ
2. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧೀಕ್ಷಕರು, ಬೋಧನಾ ಮೆಗ್ಲಾನ್ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಶಿವಮೊಗ್ಗ
3. ಜಿಲ್ಲಾ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಕರು, ಬೋಧನಾ ಮೆಗ್ಲಾನ್ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಶಿವಮೊಗ್ಗ
4. ಆರ್ಥಿಕ ಸಲಹೆಗಾರರು, ಸಿಮ್ಸ್, ಶಿವಮೊಗ್ಗ
5. ಕಛೇರಿ ಅಧೀಕ್ಷಕರು, ಸಿಮ್ಸ್, ಶಿವಮೊಗ್ಗ.
6. ಕಛೇರಿ ಪ್ರತಿ



# SHIMOGA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, SHIVAMOGGA

## APPLICATION FOR ID CARD

NO. -----

1. NAME : -----

(USE CAPITAL LETTERS ONLY)

2. DESIGNATION -----DEPT -----

3. DATE OF BIRTH:-----

4. DATE OF JOINING:-----

5. BLOOD GROUP :-----

6. RESIDENTIAL ADDRESS:-----

-----

-----

PHONE NO. -----

Photo

- Note :-**
- *Enclose college Appointment order.*
  - *ID card to be returned back to the biometric section at the time of reliving.*

Date :

Candidate Signature

Recommendation from HOD :

*He/she reported to this department on .....*

Dept. Hod signature with seal

For office use only

Valid up to :-

Permanent

1 year

3 years

Temporary for .....

Director/ Principal  
Shimoga Institute of Medical Sciences,  
Shivamogga