



बरकतउल्ला विश्वविद्यालय, भोपाल

कमांक 756 / प्रशा. / 2021

भोपाल, दिनांक 2... / 06 / 2021

:: सूचना ::

बरकतउल्ला विश्वविद्यालय में कार्यरत समस्त शैक्षणिक / अशैक्षणिक / प्रशासनिक स्टॉफ के कोविड-19 वैक्सीनेशन करवाने तथा संकमित होने की जानकारी 'संलग्न प्रपत्र' में अनिर्वायत: दिनांक 05.06.2021 तक प्रशासन शाखा में जमा करना सुनिश्चित करे।

साथ ही गूगल लिंक <http://forms.gle/CdbLzggtxxBqFHhP7> पर भी जानकारी देना अनिर्वाय है।

आदेशानुसार

कुलसचिव

बरकतउल्ला विश्वविद्यालय, भोपाल

भोपाल दिनांक 2... / 06 / 2021

पृ0कमांक 757 / प्रशा. / 2021
प्रतिलिपि:-

1. समस्त शिक्षक / अधिकारी / कर्मचारियों की ओर सूचनार्थ एवं पालनार्थ।
2. श्री संजय गुलाटी, उप-संचालक, पत्राचार पाठ्यक्रम संस्थान, बरकतउल्ला विश्वविद्यालय, भोपाल को इस आशय के साथ की वे जानकारी संकलित कर दिनांक 08.06.2021 तक उपलब्ध कराना सुनिश्चित करे।
3. वित्त नियंत्रक, बरकतउल्ला विश्वविद्यालय, भोपाल की ओर सूचनार्थ।
4. निज सहायक के माध्यम से मान. कुलपति जी के सादर सूचनार्थ।
5. निज सहायक के माध्यम से मान. कुलसचिव जी के सादर सूचनार्थ।
6. निजी नस्ती।

उप-कुलसचिव (प्रशासन)

बरकतउल्ला विश्वविद्यालय, भोपाल

COVID-19 के टीके /संक्रमण/संक्रमण से निधन विषयक जानकारी (दि. 01/03/21 से 30/06/21)

संदर्भ - 1. म.प्र.शासन,सामान्य प्र.विभाग का परिपत्र क्र.-सी-3-12/2013 /1/3 दि. 08/05/21.

2. वित्त विभाग का परिपत्र क्र. आर-1153 /2021/नियम /चार दि. 21/05/21.

A व्यक्तिगत विवरण -

(i)नाम -

(ii)पदनाम -

(iii) पदस्थापना विभाग/शाखा

(iv)वि सेवा में नियोजन का स्वरूप-

(नियमित / कार्यभारित एवं आकस्मिकता अंतर्गत /स्थायी कर्मी / संविदा / दै.वे.भो. / कलेक्टर दर / मानदेय / आउटसोर्स)

B कोरोना का टीका (Vaccine) लगवाने का विवरण

(i)स्वयं - प्रथम डोज लगवाने की तिथि -

द्वितीय डोज लगवाने की तिथि -

(ii) परिवार के सदस्य - (साथ में स्थायी तौर पर रहने वाले अन्य समस्त सदस्यों की जानकारी पृष्ठ 2 पर दें)

C COVID-19 संक्रमण विषयक जानकारी (पयोगशाला की विधि मान्य रिपोर्ट (RTPCR/ RAT) अनुसार)

स्वयं - (i) संक्रमित होने की तिथि

(ii) संक्रमण मुक्त होने की तिथि

(iii) चिकित्सालय में भर्ती होने का विवरण - हाँ / नहीं

(iv)चिकित्सालय का नाम -

(v) कुल अवधि -दिवस (vi) भर्ती तिथि

(vii) डिस्चार्ज तिथि

(viii) निधन की तिथि (यदि लागू हो)

(viii) परिवार के सदस्य -(साथ में स्थायी तौर पर रहने वाले अन्य सदस्यों की जानकारी पृष्ठ 2 पर दें)

हस्ताक्षर

नाम -

मोबाइल न.

वर्तमान पता -

(कर्मचारी का निधन होने की स्थिति में जानकारी देने वाले परिवार के सदस्य का विवरण/हस्ताक्षर)

यह प्रपत्र विश्वविद्यालय की वेबसाइट www.bubhopal.ac.in भोपाल पर उपलब्ध है।

साथ में स्थायी तौर पर रहने वाले परिवार के अन्य समस्त सदस्यों की जानकारी पृष्ठ 2 पर दें।

परिवार के सदस्य का नाम कर्मचारी से संबंध प्रथम डोज की तिथि द्वितीय डोज की तिथि
संक्रमण तिथि संक्रमण मुक्ति तिथि चिकित्सालय का नाम भर्ती अवधि निधन तिथि (यदि हो)