

राष्ट्रीय प्रौद्योगिकी संस्थान आंध्रप्रदेश
NATIONAL INSTITUTE OF TECHNOLOGY ANDHRA PRADESH

**APPLICATION FOR EXTRA ORDINARY LEAVE (EOL) UP TO 90 DAYS/
 LEAVE ON PRIVATE FOREIGN VISIT*/ COMMUTED LEAVE**/ ADVANCED LEAVE (AL)**

Name of the applicant & EC No.			
Designation & Department			
Nature of Leave Applied For	EOL/ Commu.Leave/ AL/ Private Foreign Visit		
Period of Leave (including any Holidays)	From:	To:	No.of days:
Alternative arrangement details			
Address during the leave			
	Contact No:		
Proof of Claim enclosed	Yes/ No		

* Suitable Leave Form (CL/EL) shall also be submitted along with this form

** Not involving Hospitalization above 07 Days

Signature of the applicant with date _____

For use by the General Administration (SGAD)

Certified that the leave for _____ days i.e., From _____ To _____
 is available as per following details.

Nature of leave applied for	Balance as on date (DD.MM.YYYY)	Leave applied for (No. of days)

Dealing Assistant, SGAD

Officer-in-charge, SGAD

Recommended/ Not Recommended	Recommended/ Not Recommended	Approved/ Not Approved
Respective HoD/ Dean	Dy. Director[#]/ Registrar^{\$}	Director

[#]For Regular Employees (Level-10 & Above)/ ^{\$}For Regular Employees (Level-9 & Below)

For use by the General Administration (SGAD)

- i) Joining Report received on _____
 ii) Leave entered in the Service Book/Leave Register at page no. _____

Dealing Assistant, SGAD

Officer in-charge, SGAD

[#]In absence of Dy. Director, Dean, FA shall sign in his place.

राष्ट्रीय प्रौद्योगिकी संस्थान आंध्रप्रदेश
NATIONAL INSTITUTE OF TECHNOLOGY ANDHRA PRADESH

**90 दिनों तक की असाधारण अवकाश (ईओएल)/ निजी विदेश यात्रा पर अवकाश*/
परिवर्तित अवकाश**/ अग्रिम अवकाश (एएल) के लिए आवेदन**

आवेदक का नाम और ईसी नंबर			
पदनाम एवं विभाग			
आवेदित अवकाश के प्रकार	ईओएल/ परिवर्तित अवकाश/ एएल/ निजी विदेश यात्रा पर अवकाश		
अवकाश की अवधि((किसी भी छुट्टियाँ सहित)	दिनांक से:	दिनांक तक:	दिनों की संख्या:
वैकल्पिक व्यवस्था के विवरण/			
अनुपस्थिति के मध्य पता			
	संपर्क नंबर:		
दावे का प्रमाण संलग्न है	हाँ/ नहीं		

* इस प्रपत्र के साथ उपयुक्त अवकाश प्रपत्र (सीएल/ईएल) भी प्रस्तुत करना होगा।

** 07 दिनों से अधिक अस्पताल में भर्ती होना शामिल नहीं है।

दिनांक सहित आवेदक के हस्ताक्षर

प्रशासन अनुभाग का उपयोग के लिए

प्रमाणित किया जाता है कि _____ दिनों की अवकाश, यानी _____ से _____ तक की अवकाश निम्नलिखित विवरण के अनुसार उपलब्ध है।

आवेदित अवकाश के प्रकार	दिनांक के अनुसार शेष (दि. माह.वर्ष)	अवकाश के लिए आवेदन (दिनों की संख्या)

संबंधित विभाग (प्रशासन/कर्मचारी)

प्रभारी अधिकारी, एसजीएडी

सिफारिश/ सिफारिश नहीं	सिफारिश/ सिफारिश नहीं	अनुमोदित/ अनुमोदित नहीं
संबंधित विभागाध्यक्ष/अधिष्ठाता	उप निदेशक [#] /कुल सचिव ^{\$}	निदेशक

[#]नियमित कर्मचारियों के लिए (स्तर-10 और के ऊपर)/ ^{\$}नियमित कर्मचारियों के लिए (स्तर-9 और के नीचे)

सामान्य प्रशासन (एसजीएडी) का उपयोग के लिए

- i) कार्यभार ग्रहण करने की तिथि -----
- ii) सेवा पुस्तिका/अवकाश पंजिका पर दर्ज पृष्ठ संख्या -----

संबंधित सहायक(एसजीएडी)

प्रभारी अधिकारी, एसजीएडी

[#]उपनिदेशक की अनुपस्थिति में, अधिष्ठाता (संकाय कल्याण) उनके स्थान पर हस्ताक्षर करेंगे।