



---

## **Criterion VI**

**6.3.1: The institution has a performance appraisal system, effective welfare measures for teaching and non-teaching staff, and avenues for career development/progression**



**SRI SATHYA SAI COLLEGE FOR WOMEN, BHOPAL**  
Kasturba Hospital Road, Habibganj, Bhopal -462024



SRI SATHYA SAI COLLEGE FOR WOMEN BHOPAL  
श्री सत्य साई महिला महाविद्यालय, भोपाल  
CASUAL LEAVE/आकस्मिक OPTIONAL LEAVE/ऐच्छिक

NAME/नाम : \_\_\_\_\_ DESIGNATION/पद: \_\_\_\_\_ Dept<sup>o</sup>/विभाग \_\_\_\_\_  
CASUAL/आकस्मिक ( ) OPTIONAL/ऐच्छिक ( )  
Please put tick mark on Box/कृपया ( ) में ✓ लगाये:

ON/दिनांक \_\_\_\_\_ First/Second half \_\_\_\_\_ FROM/से: \_\_\_\_\_ TO/तक: \_\_\_\_\_ NO OF Days की संख्या: \_\_\_\_\_  
REASON FOR Leave/अवकाश का कारण: \_\_\_\_\_

ADDRESS DURING LEAVE अवकाश के दौरान पता: \_\_\_\_\_  
STATION Leave/मुख्यालय छोड़ने हेतु Dt./दिनांक \_\_\_\_\_ TO/तक \_\_\_\_\_

SIGNATURE OF H.O.D. \_\_\_\_\_  
DATE/तारीख \_\_\_\_\_  
For Office use only.

SIGNATURE OF APPLICANT/आवेदक के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

DATE/तारीख \_\_\_\_\_

LEAVE DUE/बकाया अवकाश \_\_\_\_\_ CASUAL LEAVE/आकस्मिक / OPTIONAL LEAVE/ऐच्छिक \_\_\_\_\_

HEAD CLERK/हेड क्लर्क \_\_\_\_\_  
DATE/तारीख: \_\_\_\_\_

ADMN OFFICER प्रशासनिक अधिकारी \_\_\_\_\_  
DATE/तारीख: \_\_\_\_\_

PRINCIPAL/प्राचार्य \_\_\_\_\_  
DATE/तारीख: \_\_\_\_\_

**SRI SATHYA SAI COLLEGE FOR WOMEN, BHOPAL**  
**H E HOSPITAL P O BHEL BHOPAL-462024**  
**Leave Application form**

1 Name \_\_\_\_\_

2 Designation \_\_\_\_\_

3 Department \_\_\_\_\_

LEAVE CODE	FROME			TO			NO OF DAYS	SPECIFIC REASON
	DAY	MONTH	YEAR	DAY	MONTH	YEAR		
(04) EARNED								
(05) SICK(H P )								
(06) COMMUTED SICK LEAVE								
(07) EXTRA ORDINARY								
(08) MATERNITY								
(09) HOSPITAL								
(10) STUDY								
(11) SPL CASUAL								
(12) SPL SICK								
CONTACT ADDRESS DURING LEAVE								
SIGNATURE OF APPLICATION	SIGNATURE OF APPLICATION			COMMENTS BY ADMIN OFFICER & DATE			SIGNATURE OF PRINCIPAL & DATE	



**EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION**  
**INFORMATION OF SICKNESS**  
(not to be filled by beneficiary or member of contribution)

**कर्मचारी रा. संवादे**  
**पंभारी सोनमणि ग्वालर**

ANNEEXURE 4-12  
 ESIC-AM-11  
 Serial No. **ESIC/CSMP/BIH/HE/22263215**

**Ms. SHASHI SHARMA**  
 1812858576  
 08-Jul-2022

Stamp of the Dispensary/Clinic  
 Field of **RANUL SHARMA**  
 Is/has been needing medical treatment and  
 and  
 29-Nov-2022 on

She/he is likely to need abstention from employment upto  
 medical grounds  
 She/he is fit to resume work on **30-Nov-2022**

ON THE BASIS OF PRESCRIPTION ISSUED BY ESIS HOSPITAL  
 GANGIRI BHOPAL AND DISCHARGE TICKET AND BIRTH CERTIFICATE  
 ISSUED BY PUSHPANJALI HOSPITAL BHOPAL

Signature  
**पंभारी सोनमणि ग्वालर**  
 (Rubber Stamp or name in block letters)

Date **08-Jul-2022**

Note: whichever does not apply.  
 This certificate is intended for your employer. It is in your own interest to be delivered to him immediately.  
 This is a system generated certificate and does not require signature



आज्ञा संख्या/समाई विवरण/पुस्तक संख्या के संदर्भ में प्रस्तुत प्रमाण-पत्र/प्रमाणिका

नाम  
 पता  
 जिला

श्री सत्यसाई कॉलेज फॉर  
 वीमेन

आज्ञा संख्या/समाई S. JANKEI  
 जिला 1912-868562

दिनांक 06/07/22 - 05/01/2023

प्रमाणिका संख्या 10 का अंतर निरीक्षक द्वारा दिया जाय

टीकट/वर्क/समाई/समाई महिला का नाम S. Jankei आज्ञा संख्या 1912-868562

इस प्रमाणिका में समाई भारत किया जाय है। प्रमाणिका संख्या 06-07-22 से 05-01-23 तक

की समाई के दौरान किसी भी दिन काम नहीं किया है।

इसके प्रतिबन्धन पर पुष्टि की जाती है कि

(क) यह	है	एक ही समाई के दिने समाई प्रमाणिका पर था/थी।
(ख) यह	है	एक समाई अवकाश पर था/थी।
(ग) यह	है	को समाई अवकाशिक अवकाश पर था/थी।
(घ) यह	है	एक समाई अवकाश पर था/थी।
(ङ) यह	है	एक समाई अवकाश पर था/थी।

2 यदि समाई/समाई महिला को इससे परम्परा उपयुक्त अवधि में किसी भी दिन के दिने कोई समाई की गयी है।  
 3 समाई के प्रथम दिन के समाई दिने समाई महिला को दिने अवकाश था/थी था।

दिनांक 5-01-23

हस्ताक्षर  
 नाम  
 पता  
 जिला  
**PRINCIPAL**  
 Sri Sathya Sai College  
 For Women, Bhopal (M.P.)