রেজিস্টার্ড নং ডি এ-১ “জাতির পিতা বঙ্গবন্ধু শেখ মুজিবুর রহমানের জন্মশতবার্ষিকী উদ্‌যাপন সফল হোক”

বাংলাদেশ গেজেট

অতিরিক্ত সংখ্যা
কর্তৃপক্ষ কর্তৃক প্রকাশিত

বুধবার, জুন ২, ২০২১

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
জনপ্রশাসন মন্ত্রণালয়
সিআর-৩ শাখা

নং ০৫.০০.০০০০.১০২.২২.০০১.১৬(অংশ-২)-৩০ তারিখঃ ১৯ জ্যৈষ্ঠ, ১৪২৮/ ০২ জুন, ২০২১

বিষয়: **পুনর্বিন্যাসকৃত গোপনীয় অনুবেদন ফর্ম ব্যবহারের জন্য ওয়েবসাইটে আপলোডকরণ সংক্রান্ত।**

সূত্র: অত্র মন্ত্রণালয়ের সিআর-৩ শাখার ০৭ জানুয়ারি, ২০২১ তারিখের ০৫.০০.০০০০.১০২.২২.০০১. ১৬(অংশ-১)-০৬ নং স্মারক।

উপর্যুক্ত বিষয়ে নির্দেশক্রমে জানানো যাচ্ছে যে, সূত্রোক্ত স্মারকে জারিকৃত এবং ব্যবহারের জন্য ওয়েবসাইটে আপলোডকৃত গোপনীয় অনুবেদন ফর্মটি পুনর্বিন্যাস করা হয়েছে। পূর্বে আপলোডকৃত ফর্মের স্থলে পুনর্বিন্যাসকৃত ফর্মটি ব্যবহারের নিমিত্ত আপলোড করা হলো।

মোঃ তোফাজ্জেল হোসেন
যুগ্মসচিব।

গোপনীয়

বাংলাদেশ ফর্ম নং ২৯০-ঘ (২০২০ পর্যন্ত সংশোধিত) গোপনীয় অনুবেদন ফর্ম

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

বার্ষিক/আংশিক গোপনীয় অনুবেদন

বৎসর/সময়...

(প্রযোজ্য সকল অংশ সংশ্লিষ্ট কর্মচারী কর্তৃক স্বহস্তে পূরণীয়)

নাম :

ক) বাংলা...

খ) ইংরেজি...

আইডি নম্বর (যদি থাকে).................................... ব্যাচ (যদি থাকে)...........................

ক্যাডার (যদি থাকে)..এনআইডি নম্বর...............................

অনুবেদনে বিবেচ্য সময়ের পদবি ....কর্মরত পদের নাম.........................

কর্মস্থল ....

প্রযোজ্য ক্ষেত্রে বর্তমান পদবি................................কর্মরত পদের নাম ....

কর্মস্থল ....

গোপনীয়

সাধারণ অনুসরণীয় বিষয়সমূহ

১। জনপ্রশাসন মন্ত্রণালয়ের ওয়েবসাইট (www.mopa.gov.bd) হতে গোপনীয় অনুবেদন ফর্ম (PDF) A4 সাইজ কাগজে উভয় পৃষ্ঠায় প্রিন্ট করে স্বহস্তে পূরণ করতে হবে।

২। বার্ষিক গোপনীয় অনুবেদন (ACR) একজন কর্মচারীর ক্ষেত্রে পঞ্জিকাবর্ষে একবার দাখিল করা যাবে। তবে বদলির কারণে প্রযোজ্য হলে পৃথক কর্মস্থল/অনুবেদনকারীর অধীনে কর্মকাল ন্যূনতম ০৩(তিন) মাস হলে প্রতিক্ষেত্রেই আংশিক গোপনীয় অনুবেদন দাখিল করতে হবে। আংশিক গোপনীয় অনুবেদন বদলির পরে অথবা বৎসর শেষে নির্ধারিত সময়ের মধ্যেও দাখিল করা যাবে।

৩। অনুবেদনাধীন কর্মচারীর সরাসরি তদারককারী কর্তৃক অনুবেদন অনুস্বাক্ষর করতে হবে এবং অনুবেদনকারীর সরাসরি তদারককারী কর্তৃক তা প্রতিস্বাক্ষর করতে হবে।

৪। একাধিক অনুবেদনকারীর নিয়ন্ত্রণে কর্মরত থাকার কারণে কোনো অনুবেদনকারীর নিয়ন্ত্রণে কর্মকাল ০৩ (তিন) মাস না হলে এবং এক্ষেত্রে একই কর্মস্থলে ও একই প্রতিস্বাক্ষরকারীর নিয়ন্ত্রণে কর্মকাল ন্যূনতম ০৩ (তিন) মাস হলে প্রতিস্বাক্ষরকারীর নিকট গোপনীয় অনুবেদন দাখিল করতে হবে।

৫। কোনো বৎসর/সময়ে প্রতিস্বাক্ষরকারী একাধিক হলে যাঁর অধীনে অধিককাল কর্মরত ছিলেন তাঁকে উক্ত এসিআর প্রতিস্বাক্ষর করতে হবে। প্রত্যেকের নিয়ন্ত্রণে কর্মকাল সমান হলে যিনি সর্বশেষ তাঁকে প্রতিস্বাক্ষর করতে হবে।

৬। গোপনীয় অনুবেদনে সংশ্লিষ্ট প্রত্যেক কর্মচারীকে স্পষ্টভাবে নাম, পদবিসহ সিল ব্যবহার, পরিচিতি নম্বর ও তারিখসহ স্বাক্ষর করতে হবে।

৭। বদলি/পদোন্নতির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হলে সংশ্লিষ্ট কর্মচারীর বর্তমান পদবির সঙ্গে অনুবেদনে বিবেচ্য সময়ের পদবি ও কর্মস্থল উল্লেখ করতে হবে।

৮। সিআর ফর্মে কোনো প্রকার ওভার রাইটিং/কাটাকাটি/ঘষামাজা/ফ্লুইড ব্যবহার করা যাবে না। তবে একান্ত প্রয়োজনে সংশ্লিষ্ট অংশটুকু একটানে কেটে অনুস্বাক্ষরসহ লেখা যাবে।

৯। অনুস্বাক্ষরকৃত সিআর ফর্ম এক দপ্তর হতে অন্য দপ্তরে প্রেরণ করার সময় অবশ্যই সিলগালাযুক্ত খামে 'গোপনীয়' লিখে অগ্রায়নপত্রসহ প্রেরণ করতে হবে। কোনো অবস্থাতেই ভাঁজ করা যাবে না এবং অনুবেদনাধীন কর্মচারীর মাধ্যমে ডোসিয়ার সংরক্ষণকারীর দপ্তরে প্রেরণ করা যাবে না।

১০। সিআর প্রযোজ্য হওয়া সত্ত্বেও তা যথাসময়ে/যথাযথ অনুবেদনকারীর নিকট দাখিল না করা এবং যথানিয়মে অনুস্বাক্ষর কিংবা প্রতিস্বাক্ষর না করা অসদাচরণ।

১১। সিআর বিষয়ক কোনো স্পষ্টীকরণ, ব্যাখ্যা বা নির্দেশনার প্রয়োজন হলে জনপ্রশাসন মন্ত্রণালয়ের সঙ্গে যোগাযোগ করা যেতে পারে।

গোপনীয়

১ম অংশ

স্বাস্থ্য পরীক্ষা প্রতিবেদন

নাম :..বর্তমান পদবি :.............................

কর্মস্থল : ....

(অনুমোদিত চিকিৎসক কর্তৃক পূরণীয়)

১। উচ্চতা...................................(মিটার) ওজন.................................(কেজি)

দৃষ্টিশক্তি... রক্তের গ্রুপ...

রক্তচাপ..

২। স্বাস্থ্যগত দুর্বলতা/অসামর্থ্যের প্রকৃতি (যদি থাকে) ....

....

৩। চিকিৎসাগত শ্রেণিবিভাগ..

তারিখ :................................ ....

অনুমোদিত চিকিৎসকের স্বাক্ষর

(নাম ও পদবিসহ সিল)

(বিদেশে কর্মরতদের জন্য প্রযোজ্য)

1st Part

Medical Check-up Report

Name:……………………….……Present Designation……...........................…

Working Place………………………………………………………...........……

(Filled By Authorized Medical Officer)

1. Height…………… ….(metre); Weight……........…. …(kg)

Eye-sight……………………………..…Blood Group……....…..........……......

Blood Pressure…………………… ……………………………...........……..…

2. Physical Weakness/Type of Disability (If any)…………….............................

……………………………………………….........…..…………………

3. Medical Category...………….........

Date…………………. …………...……...............

Signature of the Medical Officer

(Seal with Name & Designation)

গোপনীয়

২য় অংশ

(অনুবেদনাধীন কর্মচারী কর্তৃক পূরণীয়)

১. অনুবেদনকারীর নাম :...

পদবি...কর্মস্থল...

....

আইডি নম্বর (যদি থাকে)..................................ই-মেইল ....

অনুবেদনকারীর অধীনে প্রকৃত কর্মকাল......../......./.........হতে......../......../........পর্যন্ত

প্রযোজ্য ক্ষেত্রে প্রাক্তন পদবি ....
কর্মস্থল..

২. প্রতিস্বাক্ষরকারীর নাম :...

পদবি...কর্মস্থল..............................

....

আইডি নম্বর (যদি থাকে)......................................ই-মেইল ....
প্রতিস্বাক্ষরকারীর অধীনে প্রকৃত কর্মকাল......./......./....... হতে......../......../..... .পর্যন্ত

প্রযোজ্য ক্ষেত্রে প্রাক্তন পদবি ....
কর্মস্থল..

৩. আংশিক গোপনীয় অনুবেদনের ক্ষেত্রে বিবেচ্য বছরে আর কোনো আংশিক গোপনীয় অনুবেদন প্রযোজ্য না হলে তার মেয়াদ ও কারণ ব্যাখ্যা (সকল প্রমাণপত্র সংযুক্ত করতে হবে) :

অনুবেদনাধীন কর্মচারীর স্বাক্ষর
নাম ও পদবিসহ সিল

গোপনীয়

৩য় অংশ

(অনুবেদনাধীন কর্মচারী কর্তৃক পূরণীয়)

অনুবেদনে বিবেচ্য সময়ে কর্মরত মন্ত্রণালয়/বিভাগ/অফিসের নাম.......................................
....

............/........../............ হতে............/........../.............পর্যন্ত সময়ের গোপনীয় অনুবেদন।

১। নাম :

২। পিতার নাম :

৩। মাতার নাম :

৪। জন্ম তারিখ : ৫। পিআরএল শুরুর তারিখ :

৬। ক) বৈবাহিক অবস্থা : খ) বর্তমান সন্তান সংখ্যা :

৭। সর্বোচ্চ শিক্ষাগত যোগ্যতা :

৮। ই-মেইল (ব্যক্তিগত) :

৯। চাকরিতে প্রবেশের তারিখ : (ক) সরকারি চাকরিতে :

(খ) গেজেটেড পদে : (গ) ক্যাডারে :

১০। অনুবেদনে বিবেচ্য সময়ে কর্মরত ক) পদের নাম :

খ) কর্মস্থল :

গ) যোগদানের তারিখ :

১১। অনুবেদনকারীর অধীনে চাকরির পূর্ণ মেয়াদ....../...../.... হতে......./...../..... পর্যন্ত।

১২। অনুবেদনে বিবেচ্য সময়ের কাজের সংক্ষিপ্ত বিবরণ :

ক)

খ)

গ)

ঘ)

ঙ)

তারিখ : ..../......../..............

অনুবেদনাধীন কর্মচারীর স্বাক্ষর
নাম ও পদবিসহ সিল

প্রযোজ্য ক্ষেত্রে প্রাক্তন পদবি ও কর্মস্থল

গোপনীয়

৪র্থ অংশ

(এ অংশে নম্বর প্রদানের ঘরগুলো অনুবেদনকারী কর্তৃক অনুস্বাক্ষর করে পূরণীয়। মোট নম্বর ৬৯ বা তার নিচে হলে তা বিরূপ হিসাবে গণ্য হবে; এক্ষেত্রে বিরূপ মন্তব্যের ন্যায় একইভাবে অনুশাসনমালার ৪.৩ নং অনুচ্ছেদ অনুসরণপূর্বক তদনুযায়ী দালিলিক প্রমাণক সংযুক্ত করতে হবে)

মূল্যায়নের বিষয়		প্রাপ্ত নম্বর			
ব্যক্তিগত বৈশিষ্ট্য		৪	৩	২	১
৪.১	নৈতিকতা				
৪.২	সততা				
৪.৩	শৃঙ্খলাবোধ				
৪.৪	বিচার ও মাত্রাজ্ঞান				
৪.৫	ব্যক্তিত্ব				
৪.৬	সহযোগিতার মনোভাব				
৪.৭	সময়ানুবর্তিতা				
৪.৮	নির্ভরযোগ্যতা				
৪.৯	দায়িত্ববোধ				
৪.১০	কাজে আগ্রহ ও মনোযোগ				
৪.১১	উর্ধ্বতন কর্তৃপক্ষের নির্দেশনা পালনে তৎপরতা				
৪.১২	উদ্যম ও উদ্যোগ				
৪.১৩	সেবাগ্রহীতার সঙ্গে ব্যবহার				

কার্যসম্পাদন

৪.১৪	পেশাগত জ্ঞান				
৪.১৫	কাজের মান				
৪.১৬	কর্তব্যনিষ্ঠা				
৪.১৭	সম্পাদিত কাজের পরিমাণ				
৪.১৮	সিদ্ধান্ত গ্রহণে দক্ষতা				
৪.১৯	সিদ্ধান্ত বাস্তবায়নে সামর্থ্য				
৪.২০	অধীনস্থদের তদারকি ও পরিচালনায় সামর্থ্য				
৪.২১	দলগত কাজে সহযোগিতা ও নেতৃত্ব দানের সক্ষমতা				
৪.২২	ই-নথি ও ইন্টারনেট ব্যবহারে আগ্রহ ও দক্ষতা				
৪.২৩	উদ্ভাবনী কাজে আগ্রহ ও সক্ষমতা				
৪.২৪	প্রকাশ ক্ষমতা (লিখন)				
৪.২৫	প্রকাশ ক্ষমতা (বাচনিক)				

মোট প্রাপ্ত নম্বর (অনুস্বাক্ষরিত ঘরগুলোর যোগফল)	অসাধারণ ৯৫-১০০	অত্যুত্তম ৯০-৯৪	উত্তম ৮০-৮৯	চলতিমান ৭০-৭৯	চলতি মানের নিচে ৬৯ বা তার নিচে
অঙ্কে					
কথায়					

অনুবেদনকারীর অনুস্বাক্ষর

গোপনীয়

৫ম অংশ

(অনুবেদনকারী কর্তৃক পূরণীয়)

৪র্থ অংশে বর্ণিত হয়নি এমন বিষয়ে মন্তব্য (যদি থাকে) :

উপরে প্রদত্ত মন্তব্য কোন ধরনের, প্রযোজ্যটিতে টিকচিহ্ন দিন :

☐ প্রশংসামূলক মন্তব্য

☐ বিরূপ মন্তব্য

*(বি. দ্র. : বিরূপ মন্তব্যের ক্ষেত্রে অনুশাসনমালার ৪.৩ নং অনুচ্ছেদ অনুসরণপূর্বক সতর্কীকরণ নোটিশসহ দালিলিক তথ্যপ্রমাণ সংযুক্ত করতে হবে)

তারিখ : ....

অনুবেদনকারীর স্বাক্ষর
(নাম ও পদবিসহ সিল)

পরিচিতি নং (যদি থাকে)
প্রযোজ্য ক্ষেত্রে প্রাক্তন পদবি ও কর্মস্থল :

গোপনীয়

৬ষ্ঠ অংশ

(প্রতিস্বাক্ষরকারী কর্তৃক পূরণীয়)

আমি অনুবেদনকারীর মূল্যায়নের সঙ্গে একমত/একমত নই (অপ্রযোজ্য অংশটুকু কেটে দিন)। উপরন্তু প্রয়োজনে নিচের ক/খ/গ/ঘ-এর মধ্যে প্রযোজ্যটিতে মন্তব্য লিখুন :

ক) একমত হলে মন্তব্য (যদি থাকে) :

খ) *একমত না হলে মন্তব্য (আবশ্যিক) :

গ) অনুবেদনকারী ও প্রতিস্বাক্ষরকারী একই ব্যক্তি হলে বা প্রতিস্বাক্ষর প্রয়োজন না হলে কারণ :

ঘ)*বিরূপ মন্তব্য (যদি থাকে) :

*(বি. দ্র. : বিরূপ মন্তব্যের ক্ষেত্রে অনুশাসনমালার ৪.৩ নং অনুচ্ছেদ অনুসরণপূর্বক সতর্কীকরণ নোটিশসহ দালিলিক তথ্যপ্রমাণ সংযুক্ত করতে হবে)

ঙ) প্রদত্ত নম্বর :

অঙ্কে	
কথায়	

তারিখ : .... প্রতিস্বাক্ষরকারীর স্বাক্ষর
(নাম ও পদবিসহ সিল)

পরিচিতি নং (যদি থাকে)
প্রযোজ্য ক্ষেত্রে প্রাক্তন পদবি ও কর্মস্থল :

গোপনীয়

৭ম অংশ

(ডোসিয়ার সংরক্ষণকারী মন্ত্রণালয়/বিভাগ/দপ্তর কর্তৃক পূরণীয়)

১। পূরণকৃত ফর্ম প্রাপ্তির তারিখ :

২। গৃহীত কার্যক্রম (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে) :

৩। প্রদত্ত গড় নম্বর (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে) :

অঙ্কে	
কথায়	

দায়িত্বপ্রাপ্ত কর্মচারীর স্বাক্ষর ও সিল

নাম ……………………..

পদবি……………………..

পরিচিতি নং………………..

তারিখ……………………

অনুবেদনাধীন কর্মচারীর জন্য নির্দেশাবলি

১। ১ম-৩য় অংশ পূরণপূর্বক ০২ (দুই) প্রস্ত সিআর ফর্ম অগ্রায়নপত্রসহ অনুবেদনকারীর নিকট প্রতিবছর ৩১ জানুয়ারির মধ্যে দাখিল করতে হবে।

২। সিআর ফর্মের ৩য় অংশে লিখিত ব্যক্তিগত তথ্যাদি জনপ্রশাসন মন্ত্রণালয়ের পিডিএস এর সঙ্গে (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে) সংগতিপূর্ণ হতে হবে।

৩। সিআর ফর্মের ৩য় অংশে ১১ নং ক্রমিকে অনুবেদনকারীর অধীনে প্রকৃত কর্মকাল সঠিকভাবে উল্লেখ করতে হবে।

অনুবেদনকারীর জন্য নির্দেশাবলি

১। অনুবেদনকারীকে প্রথমে অনুবেদনাধীন কর্তৃক পূরণকৃত অংশ যাচাই অন্তে যথার্থতা নিশ্চিত করতে হবে।

২। সিআর ফর্মের ৩য় অংশে ১১ নং ক্রমিকে বর্ণিত তাঁর অধীনে অনুবেদনাধীন কর্মচারীর প্রকৃত কর্মকাল নিশ্চিত হয়ে সিআর অনুস্বাক্ষর করতে হবে। উল্লেখ্য উক্ত কর্মকাল ১ (এক) পঞ্জিকাবর্ষে ন্যূনতম ০৩(তিন) মাস না হলে সিআর অনুস্বাক্ষর করা যাবে না।

৩। সিআরের উভয় কপিতে ৪র্থ অংশে নম্বর প্রদানের ঘরগুলো অনুস্বাক্ষর করে পূরণ করতে হবে।

৪। অনুবেদনাধীন কর্মচারী সম্পর্কে সিআরের ৪র্থ অংশে প্রতিফলিত হয়নি এমন বিষয়ে মন্তব্য (যদি থাকে) নির্ধারিত ৫ম অংশে লিপিবদ্ধ করতে হবে।

৫। বিরূপ মন্তব্য প্রদানের পূর্বে অনুবেদনাধীন কর্মচারীকে অবশ্যই লিখিতভাবে সতর্ক করে সংশোধনের সুযোগ দিতে হবে। অনুশাসনমালার ৪.৩ নং অনুচ্ছেদ অনুসরণপূর্বক বিরূপ মন্তব্যের পক্ষে সতর্কীকরণ নোটিশের কপিসহ দালিলিক তথ্যপ্রমাণ সংযুক্ত করতে হবে।

৬। সিআরের ৪র্থ হতে ৫ম অংশ পূরণ করার পর ফর্ম দুটি সিলগালাযুক্ত খামে গোপনীয়ভাবে অগ্রায়নপত্রসহ প্রতিবছর ২৮ ফেব্রুয়ারির মধ্যে প্রতিস্বাক্ষরকারীর নিকট প্রেরণ করতে হবে।

৭। সংশ্লিষ্ট সকলকে অগ্রায়নপত্রের অনুলিপি প্রদান করতে হবে।

প্রতিস্বাক্ষরকারীর জন্য নির্দেশাবলি

১। প্রতিস্বাক্ষরকারীকে অনুবেদনাধীন কর্মচারীর বিষয়ে তাঁর ব্যক্তিগত পর্যবেক্ষণের আলোকে অনুবেদনকারীর মন্তব্যসহ মূল্যায়ন পর্যালোচনা করে ৬ষ্ঠ অংশ পূরণ করতে হবে।

২। প্রতিস্বাক্ষরের পর ফর্ম দুটি সংশ্লিষ্ট মন্ত্রণালয়/বিভাগ/অধিদপ্তর/সংস্থার ডোসিয়ার সংরক্ষণকারী কর্তৃপক্ষের নিকট সিলগালাযুক্ত খামে অগ্রায়নপত্রসহ আবশ্যিকভাবে ৩১ মার্চের মধ্যে প্রেরণ করতে হবে এবং সংশ্লিষ্টদেরকে অনুলিপি দিয়ে অবহিত করতে হবে।

মোহাম্মদ ইসমাইল হোসেন, উপপরিচালক (উপসচিব), বাংলাদেশ সরকারী মুদ্রণালয়, তেজগাঁও, ঢাকা কর্তৃক মুদ্রিত।
মাকসুদা বেগম সিদ্দীকা, উপপরিচালক (উপসচিব), বাংলাদেশ ফরম ও প্রকাশনা অফিস, তেজগাঁও,
ঢাকা কর্তৃক প্রকাশিত। website : www.bgpress.gov.bd