

— आवेदन पत्र प्रारूप —

प्रति,

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,
जिला दक्षिण बस्तर दन्तेवाड़ा

आवेदक के
पासपोर्ट साईज
का फोटो
अभिप्रमाणित कर
चस्पा करें।

- आवेदित पद का नाम.....
- 1 आवेदक/आवेदिका का नाम (हिन्दी में) :
 - (अंग्रेजी में) :
 - 2 पिता/पति का नाम :
 - 3 जाति :
 - 4 जन्म तिथि :
 - 5 आयु दिनांक 01.01.2020 : वर्ष.....माह.....दिन.....
 - (प्रमाण पत्र/अंकसूची की सत्यापित प्रति संलग्न करें)
 - 6 पत्र व्यवहार का पता :
 - 7 स्थायी पता :
 - 8 मो.नं. व ई-मेल आई.डी. :
 - 9 लिंग (महिला/पुरुष) :
 - 10 क्या आवेदक छ.ग. राज्य का मूल निवासी है:
 - यदि हां तो सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाण पत्र की सत्यापित प्रति संलग्न करें।
 - 11 क्या आवेदक छ.ग. शासन द्वारा छ.ग. राज्य :
 - के लिए घोषित अनुसूचित जाति/जनजाति/अन्य पिछड़ा वर्ग का सदस्य है हां/नहीं
 - यदि हां तो समक्ष अधिकारी द्वारा जाति प्रमाण पत्र की सत्यापित प्रति संलग्न करें।
 - 12 क्या आवेदक विकलांग है :
 - 13 शैक्षणिक योग्यता एवं तकनीकी योग्यता

क्र.	उत्तीर्ण परीक्षा का नाम	संस्था/बोर्ड/ विश्वविद्यालय का नाम	उत्तीर्ण होने का वर्ष	प्राप्तांक/ पूर्णांक	प्रतिशत
1					
2					
3					

4					
5					
6					
7					

14. क्या आवेदक शासकीय/अर्द्धशासकीय संस्थान में सेवारत है? हां/नहीं यदि हां तो समक्ष अधिकारी द्वारा जारी अनापत्ति प्रमाण पत्र की सत्यापित छायाप्रति संलग्न करें:-.....
15. क्या आवेदक/आवेदिका के विरुद्ध कोई दण्डित प्रकरण थाने /न्यायालय में अनुसंधान/विचारण हेतु लंबित है अथवा किसी न्यायालय में निराकृत हो चुका है एवं निर्णय आदि की जानकारी स्पष्ट रूप से उल्लेख करें :

संलग्न प्रमाण पत्रों की सूची:-

- | | |
|--------|---------|
| 1..... | 2 |
| 3..... | 4 |
| 5..... | 6 |
| 7..... | 8 |

आवेदक/आवेदिका के हस्ताक्षर

पूरा नाम

घोषणा पत्र

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा दिया गया उपर्युक्त विवरण सही है। यदि उपर्युक्त विवरण का कोई अंश असत्य पाया जाता है, तो नियुक्ति के पश्चात् भी सक्षम अधिकारी द्वारा मेरी उम्मीदवारी निरस्त किये जाने/सेवा समाप्त किये जाने अथवा किसी भी दण्ड, जो वह उचित समझे के लिये मैं उत्तरदायी रहूंगा/रहूंगी।

दिनांक

स्थान

आवेदक/आवेदिका के हस्ताक्षर

पूरा नाम