

::आवेदन पत्र का प्रारूप::

प्रति,

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी
जिला-महासमुन्द (छ.ग.)

नवीनतम
स्व हस्ताक्षरित
फोटो

1. आवेदित पद का नाम —.....
2. आवेदक का पूरा नाम —.....
3. पिता/पति का नाम —.....
4. जन्म तिथि —.....
5. रोजगार कार्यालय का नाम —.....
जीवित पंजीयन क्रमांक —.....
6. मूल निवास जिला —.....
निवास प्रमाणपत्र संलग्न (हाँ/नहीं) —.....
7. पत्र व्यवहार का पता —.....
पिन.....
दूरभाष/मो. न..... ई मेल पता.....
8. स्थायी पता —.....
9. जाति (सामान्य./अ.पि.व./अजा/
अ.ज.जा.) —.....
10. दिनांक 01.01.2020 को आयु —.....
11. वैवाहिक स्थिति —.....
12. कुल संतानों की संख्या —.....
13. संतानों की संख्या 02 से अधिक
है तो अंतिम संतान की जन्म तिथि —.....
(जन्म प्रमाण पत्र आवेदन के साथ संलग्न करें।)
14. शैक्षणिक एवं तकनीकी योग्यता

क्रं.	परीक्षा का नाम	बोर्ड/वि.वि. का नाम	विषय	पूर्णांक	प्राप्तांक	प्रतिशत

15. यदि संबंधित क्षेत्र में कार्य का वांछित अनुभव है, तो निम्नलिखित विवरण दें:-

क्र.	संस्था का नाम	पदनाम	अनुभव तिथि			नियोक्ता से अनापत्ति प्रमाण पत्र क्रमांक व दनांक
			दिनांक से	दिनांक तक	कुल वर्ष	

६

// 02 //

15. क्या आप दिव्यांग (निःशक्त) हैं :-.....
यदि हों तो दिव्यांगता का प्रतिशत
एवं दिव्यांगता का प्रकार
(अस्थि/श्रवण/दृष्टि आदि)
16. दिव्यांग होने की स्थिति में सक्षम अधिकारी :-.....
द्वारा जारी प्रमाण पत्र का क्रमांक/दिनांक
(प्रमाण पत्र संलग्न करें)
17. अन्य
.....

16. संलग्न सहपत्र:-
- | | | | |
|--------|---------|---------|---------|
| 1..... | 2..... | 3..... | 4..... |
| 5..... | 6..... | 7..... | 8..... |
| 9..... | 10..... | 11..... | 12..... |

// घोषणा पत्र //

मैं एतद् द्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ कि उपरोक्त आवेदन पत्र में दी गई संपूर्ण जानकारी सत्य एवं सही है। मैं सहमति देता/देती हूँ कि किसी भी स्तर पर जानकारी असत्य पाये जाने पर मुझे चयन/सेवा से वंचित किया जा सकता है एवं मेरे विरुद्ध वैधानिक कार्यवाही करने का पूर्ण अधिकार होगा।

स्थान
दिनांक.....

आवेदक/आवेदिका
के हस्ताक्षर

