

పత్రికా ప్రచురణ నిమిత్తము

అనంతపురము జిల్లా నందు కోవిడ్-19 నిర్మూలణలో భాగంగా జిల్లా వైద్య మరియు ఆరోగ్య శాఖాధికారి పరిధి నందు గల కోవిడ్ ఆసుపత్రుల యందు పనిచేయుటకు బ్యూక్లెర్ల ఖాళీలై నటువంటి 1) OC PH-VH (దృష్టి లోపము) 2) OC PH-HH (వినికెడి లోపము)


02 స్టాఫ్ నర్సుల ఉద్యోగము కొరకు తాత్కాలిక క్రాంటాక్ట్ పద్ధతిలో ఒక సంవత్సర కాల పరిధిలో నిర్దేశిత వేతనంపై పనిచేయుటకు ఆసక్తి గల గల అభ్యర్థుల నుండి ధరఖాస్తులు కొరడమైనది. ఈ నియమాకాలు మెరిట్ ఆధారంగా మరియు వారి ఉన్నటువంటి దృష్టి మరియు వినికెడి లోపము కొరకు ఇచ్చిన సర్టిఫికేట్ ఆధారంగా మరియు ప్రభుత్వము నిర్దేశించిన కనిష్ట మరియు గరిష్ట వయోపరిమితి ఆధారముగా భర్తీ చేయబడును.

Sl. No	Name of the post	Qualification	Remuneration per month
1	Staff Nurses	Bsc., Nursing / GNM and AP Nursing registration and 02 years working experience in critical care units	34,000

పైన తెలిపిన ఉద్యోగార్హతలు ఉన్న అభ్యర్థులకు తెలియజేయడమేమనగా వారి యొక్క పూర్తి వివరములతో కూడిన బయోడెటా తో పాటు విధ్యార్హత మార్కుల జాబితా, యస్.యస్.సి మార్కుల లిస్టును మరియు వికలాంగుల దృవీకరణ సర్టిఫికేట్ తో తీసుకొని 15.06.2020 వ తేదిన జరుగు వాక్ ఇన్ ఇంటర్వ్యూకు జిల్లా వైద్య మరియు ఆరోగ్యశాఖాధికారి కార్యాలయము, అనంతపురము నందు ఉదయం 10.00 గంటల నుండి 05.00 గంటల లోపల హాజరు కావలయునని కోరడమైనది. పైన తెలిపిన సంబంధిత సర్టిఫికేట్లు జతపరచని యెడల ఆనర్వులుగా పరిగణించబడును.

//ధృవీకరణ//

సం/- శ్రీ.గంధం చంద్రుడు, ఐ.ఎ.యస్,
జిల్లా కలెక్టర్,
అనంతపురము.


జిల్లా వైద్య & ఆరోగ్యశాఖాధికారి,
అనంతపురము

Affix
Latest colour
passport size
photo with
self
attestation

GOVERNMENT OF ANDHRA PRADESH

APPLICATION FOR THE POST OF STAFF NURSE

(BACKLOG VACANCIES - PH HH, PH VH)

TO WORK ON CONTRACT BASIS IN COVID HOSPITALS UNDER
THE CONTROL OF DISTRICT MEDICAL & HEALTH OFFICER, ANANTHAPURAMU

1. NAME OF THE APPLICANT :
(In Block letters as per SSC)

2. NAME OF THE FATHER :

3. DATE OF BIRTH :
(As per SSC marks list)

Date	Month	Year

4. Whether belongs to Physically Handicapped : Yes / No
(If Yes, a latest PH certificate issued by
Medical Board to be enclosed)

5. DETAILS OF SCHOOL STUDIES :

Sl.No.	Class	Year of Passing	School & Place	District
1	IV			
2	V			
3	VI			
4	VII			
5	VIII			
6	IX			
7	X			

Residential Address :

Mobile No. :

Email. if any :

6. ACADEMIC & TECHNICAL QUALIFICATION :
(Please enclose attested copy of relevant certificate of qualifying examination)

Technical Qualification GNM / BSc., Nursing	Maximum Marks in Technical	Marks obtained in Technical	90% of Marks on obtained

7. A.P. Nursing Council Registration is COMPULSORY ::

DECLARATION

I _____ D/o _____ solemnly declare that the particulars given above are correct to the best of my knowledge and belief. I also agree that in the event of any of the particulars furnish in my application being found to be incorrect or false at a later date, my appointment will be cancelled summarily.

SIGNATURE OF THE APPLICANT

DOCUMENTS TO BE ENCLOSED ALONG WITH APPLICATION		
1.	S.S.C or Equivalent examination	Yes / No
2.	Intermediate or 10+2 examination	Yes / No
3.	Marks memos of all the years (qualifying examination)	Yes / No
4.	Council Registration certificates of respect of GNM / BSc., Nursing	Yes / No
5	Study certificate from 4 th class to 10 th class and in case of Private study residence certificate from the Tahasildhar concerned for 7 years prior to the SSC.	Yes / No
6	PH certificate in respect of OC PH VH / OC PH HH candidates	Yes / No