



कार्यालय सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक
जिला अस्पताल कोण्डागांव जिला-कोण्डागांव (छ.ग.)




Email – eskondagaon@gmail.com

क्रमांक / सि०स० / स्था. / 2019 / 1322

कोण्डागांव, दिनांक 14/08/2019

संसोधित विज्ञापन सूचना

जीवनदीप समिती द्वारा वर्ष 2019-20 हेतु सफाई सुपरवाइजर जीवन दीप समिती के पद की भर्ती हेतु दिनांक 27/08/2019 शाम 5 बजे तक आवेदन रजिस्टर्ड/स्पीड पोस्ट से आमंत्रित किए जाते हैं, विज्ञापन संबंधी विस्तृत जानकारी, नियम शर्त हेतु अभ्यार्थी जिला एवं राज्य वेबसाईड kondagaon.gov.in एवं cgstate.gov.in का अवलोकन कर सकते हैं।


सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक
6 कोण्डागांव जिला कोण्डागांव (छ.ग.)



कार्यालय सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक
जिला अस्पताल कोण्डागांव जिला-कोण्डागांव (छ0ग)



Email – cskondagaon@gmail.com

क्रमांक / सि0स0 / स्था. / 2019 / 1323

कोण्डागांव, दिनांक 14/08/2019

// संसोधित विज्ञापन //

कार्यालय सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक, जिला चिकित्सालय कोण्डागांव में सफाई सुपरवाइजर (जीवन दीप समिति) 1 पद पूर्ति हेतु दिनांक 27/08/2019 तक कार्यालयीन दिवस एवं समय में आवेदन आमंत्रित किए जाते हैं। पद का विवरण निम्नानुसार है :-

क्र०	पद का नाम	मासिक प्रतिमाह एकमुश्त वेतन	योग्यता
1	सफाई सुपरवाइजर (जीवन दीप समिति)	11000/-	12 वीं + स्वच्छता निरीक्षक प्रमाण पत्र / डिप्लोमा

नियम एवं शर्तें :-

- निर्धारित प्रारूप में आवेदन पत्र बंद लिफाफे में, पंजीकृत डाक/स्पीड पोस्ट के माध्यम से कार्यालय सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक, जिला चिकित्सालय कोण्डागांव छ0ग0 के नाम से दिनांक 27/08/2019 तक कार्यालयीन दिवस एवं समय पर प्राप्त किए जाएंगे। व्यक्तिगत रूप से सीधे आवेदन स्वीकार्य नहीं होंगे। समय-सीमा पश्चात् प्राप्त आवेदनों पर विचार नहीं किया जाएगा।
- आयु न्यूनतम 21 वर्ष एवं अधिकतम 35 वर्ष। समान्य प्रशासन विभाग द्वारा आयु सीमा में छूट के संबंध में छत्तीसगढ़ निवासियों एवं विभिन्न वर्गों के लिए समय-समय पर जारी निर्देश के अनुरूप छूट की पात्रता होगी। आयु की गणना 1 जनवरी 2019 के आधार पर की जाएगी।
- सक्षम प्राधिकारी द्वारा जारी स्थायी जाति प्रमाण पत्र ही मान्य किया जाएगा। स्थायी जाति प्रमाण पत्र एवं उसके संबंध में शपथ पत्र संलग्न करना होगा।
- आवेदक को छ0ग0 राज्य का मूल निवासी होना अनिवार्य है एवं सक्षम प्राधिकारी द्वारा जारी निवास प्रमाण पत्र संलग्न किया जाना होगा।
- आवेदन में आवेदक का फोटो एवं समस्त प्रमाण पत्र तथा अंकसूची स्व - प्रमाणित सत्यापित होना आवश्यक है। प्रमाणित नहीं पाए जाने पर आवेदन निरस्त माना जाएगा।
- नियुक्ति आदेश जारी दिनांक से 89 दिवस तक के लिए होगी। तत्पश्चात् आवश्यकता होने पर कार्य योग्यता, कार्यक्षमता एवं व्यवहार के आधार पर कार्य अवधि बढ़ाए जाने के लिए निरंतर रखे जाने पर विचार किया जा सकता है।
- कार्य अवधि के दौरान दोनों पक्षों में से किसी एक पक्ष द्वारा एक माह की पूर्व सूचना या उसके एवज में एक माह के वेतन देकर नियुक्ति समाप्त की जा सकेगी।
- सेवा समाप्ति पश्चात् कर्मचारी के रूप में दी गई सेवा अवधि हेतु किसी प्रकार की पेंशन, उपादान या मृत्यु लाभ आदि की पात्रता नहीं होगी।
- शासकीय/अर्धशासकीय संस्थाओं में कार्यरत आवेदक को अपना आवेदन पत्र उचित माध्यम से अनापत्ति प्रमाण पत्र सहित प्रस्तुत करना होगा।
- आवेदन करने की अंतिम तिथि के पश्चात् किसी भी अभ्यर्थी का पृथक से दस्तावेज संलग्न नहीं किया जावेगा।
- अपूर्ण/अस्पष्ट एवं त्रुटिपूर्ण आवेदन पत्र निरस्त कर दिया जाएगा एवं कोई सूचना नहीं दी जाएगी।
- नियुक्ति के संबंध में अध्यक्ष जीवन दीप समिति/कलेक्टर का निर्णय अंतिम एवं बंधनकारी होगा।
- आवेदन पत्र का विस्तृत प्रारूप जिले के वेबसाइट www.kondagaon.gov.in एवं राज्य के वेबसाइट www.cgstate.gov.in अथवा कार्यालय सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक, जिला चिकित्सालय कोण्डागांव के सूचना पटल पर अवलोकन किया जा सकता है।

सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक
कोण्डागांव जिला कोण्डागांव (छ.ग.)

आवेदन पत्र का प्रारूप

आवेदित पद का नाम



प्रति,

सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक
जिला अस्पताल कोण्डागांव (छ0ग0)।

1. आवेदक का नाम (हिन्दी में) :-
- (अंग्रेजी के कैपिटल लेटर में) :-
2. पिता/पति का नाम (हिन्दी में) :-
- (अंग्रेजी के कैपिटल लेटर में) :-
3. लिंग :-
4. जन्म तिथि (अंको में) :-
- (शब्दों में) :-
5. दिनांक 01.01.2019 को आयु :- वर्ष..... माह..... दिन.....
6. पत्र व्यवहार का पता :-

.....पिन कोड.....

7. स्थायी पता :-

.....पिन कोड.....

8. क्या आप छ.ग. के मूल निवासी है (हां/नहीं) :-
- (सक्षम अधिकारी का प्रमाण पत्र संलग्न)
9. वर्ग (अजा/अजजा/अन्य पिछड़ा) :-
10. क्या आप दिव्यांगजन है ? :-
11. यदि हां तो दिव्यांगजन का प्रतिशत :-
12. अस्थि/श्रवण/दृष्टि :-
- (मेडिकल बोर्ड द्वारा प्रमाण पत्र)
13. शैक्षणिक योग्यता :-

निम्नांकित स्व प्रमाणित पत्र संलग्न करें :-

क्र०	परीक्षा का नाम	परीक्षा में सम्मिलित विषय/विषय का नाम	परीक्षा उत्तीर्ण करने का वर्ष	बोर्ड का नाम	पूर्णांक	प्राप्तांक	प्रतिशत
1	हाई स्कूल						
2	हायर सेकेंडरी						
3	अन्य योग्यता						

14. कार्य का अनुभव (प्रमाण पत्र) संलग्न करें।

पद का नाम	कार्यालय का नाम एवं पता	कार्यरत अवधि	नियोक्ता से अनापत्ति प्रमाण पत्र का क्रमांक एवं दिनांक

आवेदक के हस्ताक्षर

// घोषणा पत्र //

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ, कि उपरोक्त आवेदन (बायोडाटा) में दी गई सम्पूर्ण जानकारी सत्य एवं सही है मैं सहमति देता हूँ कि किसी भी प्रकार की गलती या गलत जानकारी के कारण मुझे चयन से वंचित किया जा सकता है एवं मेरे विरुद्ध वेधानिक कार्यवाही की जा सकती है। जिसके लिए मैं स्वयं जिम्मेदार रहूंगा।

स्थान :-

दिनांक :-

(Handwritten Signature)

आवेदक का हस्ताक्षर

पूरा नाम