

ભરતી માટેની જાહેરાત-ગીર સોમનાથ

ગીર સોમનાથ જિલ્લાના પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રો/સામુહિક આરોગ્ય કેન્દ્રો/સરકારી હોસ્પિટલ ખાતે તબીબી અધિકારી વર્ગ-૦૨ ની હાલમાં તેમજ ભવિષ્યમાં થનારખાલી જગ્યાઓમાં ૧૧ માસના કુરારના ધોરણે ભરતી કરવા પ્રતિક્ષા યાદીતૈયાર કરવાની થાય છે. જે આધારે નીચે દર્શાવેલ જરૂરી લાયકાત ધરાવતા ઉમેદવારોએ dhsgirrecruitment1@gmail.com E-MAIL પર અરજી તથા લાયકાત મુજબના તમામ ડોક્યુમેન્ટ અરજી સાથે મોકલવા જણાવવામાં આવે છે.

જગ્યાનું નામ/માસિક ફીક્સ પગાર	જરૂરી લાયકાત
તબીબી અધિકારી વર્ગ-૨ ખાનગી પ્રેક્ટીસ સાથે રૂ. ૫૫,૦૦૦/- ખાનગી પ્રેક્ટીસ વગર રૂ. ૫૦,૦૦૦/-	<ul style="list-style-type: none"> સરકાર માન્ય યુનિવર્સિટીમાંથી એમ.બી.બી.એસ.ની ડીગ્રી મેળવેલ હોવી જોઈએ. ગુજરાત મેડિકલ કાઉન્સિલમાં રજીસ્ટ્રેશન કરેલું હોવું જોઈએ. કોમ્પ્યુટરનું બેઝીક જ્ઞાન હોવું જોઈએ. ઉંમર મર્યાદા: ૬૫ વર્ષથી વધુ નહીં.

શરતો- (૧) ડીગ્રી સરકાર માન્ય યુનિવર્સિટી માંથી કરેલ હોવી જોઈએ.(૨) બેઝીક કોમ્પ્યુટરનું જ્ઞાન ફરજીયાત છે.(૩) ઉમેદવારના મેરીટને અગ્રતા આપવામાં આવશે.(૪) જગ્યાઓ ભરવા માટે તેમજ ભવિષ્યમાં ખાલી થનાર જગ્યા માટે પ્રતિક્ષા યાદી તૈયાર કરવાની થાય છે. (૫) અરજી સાથે તાજેતરના ફોટોગ્રાફ, સરકાર માન્ય ઓળખપત્ર(આધાર કાર્ડ/ડ્રાઈવીંગ લાઈસન્સ/યુટિલી કાર્ડ), શૈક્ષણિક લાયકાત તથા ઉમરના પુરાવાઓ સાથે જોડવાના રહેશે. ઉપરોક્ત જગ્યાઓ માટેની ભરતી અંગેના તમામ નિર્ણયો પસંદગી સમિતિ તથા મેમ્બર સેક્ટરી અને મુખ્ય જિલ્લા આરોગ્ય અધિકારીશ્રી, જિલ્લા પંચાયત, ગીર સોમનાથના રહેશે. ઈ-મેઈલ દ્વારા અરજી કરવાની છેલ્લી તારીખ:- ૩૦/૪/૨૦૨૦.

મુખ્ય જિલ્લા આરોગ્ય અધિકારી
ગીરસોમનાથ

નં. જિપં/આરો/મકમ//૨૦૨૦.

**જિલ્લા પંચાયત, આરોગ્ય શાખા, ગીર સોમનાથ
કરાર આધારીત તબીબી અધિકારી વર્ગ-૦૨ની ભરતી માટે અરજી પત્રક**

- (૧) અરજદારનું પુરૂ નામ :
 (૨) જન્મ તારીખ :- ઉંમર વર્ષ:-
 (૩) કાયમી સરનામું:-
 (૪) પત્ર વ્યવહારનું સરનામું:-
 (૫) જાતિ:-
 (૬) રાષ્ટ્રીયતા:-
 (૭) ઈમેઈલ આઈડી:-
 (૮) મોબાઈલ નં.:-
 (૯) શૈક્ષણિક લાયકાત:-

પાસપોર્ટ સાઈઝ ફોટો

ક્રમ	શૈક્ષણિક લાયકાત	બોર્ડ/યુનિવર્સિટીનું નામ	પાસ કર્યાનું વર્ષ	જો એક કરતાં વધારે પ્રયત્નોમાં પાસ કરેલ હોય તો તેની સંખ્યા	ટકા %	
૧	H.S.C.					માત્ર તમામ સાઈન્સ ના વિષયની ટકાવારી દર્શાવવાની રહેશે.
૨	MBBS					માત્ર અંતિમ વર્ષની ટકાવારી દર્શાવવાની રહેશે તથા ગ્રેડીંગ સીસ્ટમ હોય તો તેને ટકાવારીમાં દર્શાવવાની રહેશે
૩	કોમ્પ્યુટર કોર્સની વિગત					

(૧૦) ભરતીના નિયમ પ્રમાણે અનુભવની વિગત

ક્રમ	અનુભવની વિગત	અનુભવનો સમયગાળો	કામ કરેલ સંસ્થાનું નામ
૧	સરકારી/અન્ય અનુભવ...હા/ના		

એકરારનામું:- ઉપરોક્ત જણાવેલ વિગતો જો ખોટી સાબિત થશે તો હું આપોઆપ ગેરલાયક ઠરીશ જેની મને જાણ છે.

બિડાણની વિગત:-

- ૧.
- ૨.
- ૩.
- ૪.
- ૫.

સ્થળ:-

તારીખ:-

અરજદારની સહી

નોંધ :- અરજદારશ્રીઓએ નીચે આપેલ ઈ-મેઈલમાં PDF ફાઈલમાં તમામ બિડાણ સાથે ફક્ત dhsgirrecruitment1@gmail.comમાં જ મોકલવાના રહેશે. (રજીસ્ટર એ.ડી., સાદી પોસ્ટ, કુરિયર અથવા રૂબરૂ અરજી સ્વીકારવામાં નહીં આવે.)

અરજી સાથે જોડવાના બિડાણ

૧. સ્કુલલીવિંગસર્ટીફિકેટ/જન્મનો દાખલો
૨. ડીગ્રીસર્ટીફિકેટ
૩. ગુજરાત મેડીકલકાઉન્સિલ/બોર્ડ ના રજીસ્ટ્રેશન સર્ટીફિકેટ
૪. ઓળખનો પુરાવો(આધાર કાર્ડ/ચુટણી કાર્ડ/ડ્રાઇવિંગ લાઇસન્સ)
૫. HSC માર્કશીટ
૬. HSC Attempt સર્ટીફિકેટ
૭. M.B.B.S. માર્કશીટ (છેલ્લુ વર્ષ)
૮. M.B.B.S. Attempt સર્ટીફિકેટ
૯. HSC અને MBBS ના છેલ્લા વર્ષમાં પ્રયત્ન હોય તો તેની તમામ પ્રયત્નોનીમાર્કશીટ નકલ જોડવી.
૧૦. કોમ્પ્યુટર વિગત (જો હોઈ તો)
૧૧. ખાનગી પ્રેક્ટીસ કરતા તબીબે પોતે જે જગ્યાએ ક્લીનિક ચલાવે છે તે સ્થળની ભાડાચીઠી / શોપરજીસ્ટ્રેશન સર્ટીફિકેટની નકલ આ સાથે જોડવાની રહેશે.
૧૨. અનુભવ પ્રમાણપત્ર (જો હોઈ તો)
૧૩. ઉમર ૬૫ વર્ષથી વધુ નહી

O/C

મુખ્ય જીલ્લા આરોગ્ય અધિકારી
જિ.પં.ગીર સોમનાથ