

TO

జిల్లా వైద్య ఆరోగ్య శాఖాధికారి / చీఫ్ హెల్త్ మరియు మెడికల్ ఆఫీసర్

..... జిల్లా

(..... స్థలం / లోకలిటీ పేరు ..... వార్డు నెంబర్,

సచివాలయం పేరు ..... మరియు నెంబర్ .....

1. అభ్యర్థి పేరు :

2. భర్త / తండ్రి పేరు :

3. చిరునామా :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

నివాస ద్రువీకరణ పత్రము జతపరచాలి:

4. పుట్టిన తేదీ :

5. కులం (ఎస్.సి / ఎస్టి / బిసి / ఓబిసి) :

6. విద్యార్హత : పదవ తరగతి ఉత్తిర్ణత

వివరములు :

విద్యా అర్హత	చదివిన సంవత్సరము	పాఠశాల పేరు లేదా ప్రైవేటు స్కూల్	ఫస్ట్ / సెకండ్ / థర్డ్ క్లాస్	పదవ తరగతి ఉత్తిర్ణత పొందిన మొత్తము మార్కులు	శాతము
5 వ తరగతి					
10 వ తరగతి					
ఇంటర్					
డిగ్రీ					
ఇతర వివరము యేమైన ఉన్న యెడల					

(పదవ తరగతి ఉత్తిర్ణత ఆటోస్టాంప్ ద్రువపత్రము)

7. తెలుగు చదవగల మరియు రాయగల సామర్థ్యము కలిగి ఉన్నారా ?

8. వైవాహిక స్థితి :

వివాహిత  వితంతువు  విడాకులపొందిన  భర్త నుండి విడిపోయిన  నిరాశ్రయులు

అయితే అవును / కాదు

9. సాంకేతిక ( టెక్నికల్ ) పరమైన అనుభవం కలిగి ఉన్నారా ? అవును / కాదు

10. ప్రభుత్వేతర - స్వచ్ఛంద సంస్థలలో పని చేసిన / చేస్తున్న అనుభవము :

క్రమ సంఖ్య	సంస్థ పేరు	పనిచేసిన కాలము (సం.లలో)

## దృవీకరణ

దరఖాస్తునందలి అన్నివిషయములు యదార్థములన్నియు మరియు ఎంపిక సమయములోగాని, లేదా తరువాత గాని ఎటువంటి తప్పుడు వివరములునేను ఇచ్చినట్లుగా రుజువైన పక్షమున ప్రభుత్వము తీసుకొను అన్ని చర్యలకు నేను బద్ధురాలిని అని తెలియ పరచుకోనుచున్నాను.

స్థలం

సంతకం

## రశీదు

ఆశా కార్యకర్త నియామకపు దరఖాస్తును ..... తేదిన శ్రీమతి .....

.....నుండి స్వీకరింకబడినది.

తేది :

జిల్లా వైద్య ఆరోగ్య శాకాదిఖారి

విజయనగరం