

“राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन अंतर्गत विभिन्न रिक्त संविदा पदों की भर्ती”

(कार्यालयीन विज्ञापन क्रमांक दिनांक)

आवेदन पत्र का प्रारूप

प्रति,

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

अभ्यर्थी स्व
सत्यापित
फोटो चस्पा
करे।

1. आवेदित पद का नाम :-
2. आवेदक का नाम :-
3. पिता/पति का नाम :-
4. माता का नाम :-
5. (अ) जन्म तिथि :-
6. (ब) 01.01.2025 को आयु :- वर्ष.....माह.....दिन.....
- (स) लिंग (महिला/पुरुष) :-
7. जाति वर्ग अना/अ.ज.जा/अ.जा /अपिव :-
- (सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाण पत्र संलग्न करें)
8. छत्तीसगढ़ का स्थायी निवासी है हाँ/नहीं :-
- निवासी जिला :-
- (सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाण पत्र संलग्न करें)
9. क्या आप दिव्यांग श्रेणी के है (हां/नहीं) :-
- प्रमाण पत्र संलग्न करें।
10. स्थायी निवास का पता :-
- पिन कोड.....मो0न0.....
- ईमेल आई डी (वैकल्पिक)
11. वर्तमान पत्र व्यवहार का पता :-
- पिन कोड.....मो0न0.....
- ईमेल आई डी (वैकल्पिक)

12. (अ) शैक्षणिक योग्यता (स्व सत्यापित प्रति संलग्न करें।)

क्र.	परीक्षा का नाम	विषय	बोर्ड /वि.वि का नाम	परीक्षा उत्तीर्ण वर्ष	प्राप्तांक/पूर्णांक	प्रतिशत	श्रेणी
1							
2							
3							
4							

08

//02//

(ब) तकनीकी योग्यता (स्व सत्यापित प्रति संलग्न करें।)

क्र.	परीक्षा का नाम	विषय	बोर्ड / विवि का नाम	परीक्षा उत्तीर्ण वर्ष	प्राप्तांक / पूर्णांक	प्रतिशत	श्रेणी
1							
2							
3							

14. कार्यानुभव (स्व सत्यापित प्रति संलग्न करें।)

क्र.	पद का नाम	संस्था का नाम	कार्य अवधि दिनांक (कब से कब तक)	कुल कार्य अवधि वर्ष / माह में	कार्य का विवरण

15. क्या आवेदक 10 बोनस अंक की पात्रता रखता है
(यदि हां तो प्रमाण पत्र संलग्न करें)

:-

16. क्या आप शासकीय संस्था में कार्यरत हैं (हां/नहीं)
(यदि हा तो नियोक्ता का अनापत्ति प्रमाण पत्र संलग्न करें)

:-

17. परीक्षा शुल्क का विवरण :-

डी.डी. जारीकर्ता बैंक का नाम	आवेदन शुल्क राशि	डी.डी. क्रमांक	डी.डी. जारी दिनांक

18. संलग्न किये गये प्रमाण पत्रों की सूची :-

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

आवेदक के हस्ताक्षर

घोषणा पत्र

मैं घोषणा करता हूं/करती हूं कि उपरोक्त दर्शायी गयी जानकारी मेरे ज्ञान व अनुभव में पूर्णतः सत्य व पूर्ण है, उक्त जानकारी असत्य पायी जाती है या अपात्रता का पता चलने पर नियोक्ता को मेरी पात्रता/नियुक्ति निरस्त करने का पूर्ण अधिकार होगा।

दिनांक :-

स्थान :-

नाम :-

पूर्ण पता :-

मोबाईल नं. :-

आवेदक के हस्ताक्षर




