

आवेदन पत्र का प्रारूप

पासपोर्ट साइज
फोटो
(स्वप्रमाणित)

आवेदित पद का नाम

प्रति,

मिशन संचालक
राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन
नवा रायपुर, अटल नगर, रायपुर,

1. पदस्थापना स्थल चयन हेतु स्थल का नाम :- (न्यूनतम 05 स्थल का नाम अनिवार्य रूप से दें।)

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

2. आवेदक का नाम (हिन्दी में) :-

(अंग्रेजी के कैपिटल अक्षर में) :-

3. पिता/पति का नाम (हिन्दी में) :-

4. माता का नाम :-

5. अ) जन्म तिथि (अंको में) :-

ब) आयु 1 जनवरी 2022 :- वर्ष..... माह..... दिन.....
की स्थिति में

6. जाति (सामान्य/अनुजाति) :-
/जनजाति/अपिजाति (सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाण पत्र संलग्न करें)

7. छत्तीसगढ़ का स्थानीय निवासी है या नहीं:-
(सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाण पत्र संलग्न करें)

8. क्या आप विकलांग श्रेणी के हैं :-

7.1 विकलांगता का प्रतिशत एवं प्रकार:-

7.2 भूतपूर्व सैनिक हों/नहीं :-
(सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाण पत्र संलग्न करें)

9. क्या आप शासकीय सेवा के लिए मेडिकल प्राधिकारी द्वारा अयोग्य ठहराये गये हैं?
(यदि हों तो पूर्ण विवरण लिखें) :-

10. क्या आप पर किसी न्यायालय/विश्वविद्यालय/महाविद्यालय/शैक्षिक संस्था में आपके विरुद्ध कोई मामला
लंबित है? (यदि हों तो पूर्ण विवरण लिखें):-

11. क्या आप किसी आपराधिक प्रकरण में गिरफ्तार किये गये हैं, क्या आप पर अभियोजन चलाया गया है?
(यदि हुए हैं जुर्माना हुआ है या आप किसी अपराध में न्यायालय द्वारा दोषी ठहराये गये हैं तो पूर्ण विवरण दे
तथा साथ में अपराध क्र., धारा, जिला सहित पूर्ण विवरण दर्शावें):-

12. यदि आप शासकीय/अर्द्धशासकीय कर्मचारी तथा छ.ग. राज्य/निगम/मण्डल के स्थायी/अस्थायी कर्मचारी हैं।
(यदि हों तो उसका पूरा विवरण लिखें) :-
(तथा अपने विभागाध्यक्ष का एन.ओ.सी. संलग्न करें)

13. स्थायी निवास का पता :-
- :-
- :-
14. वर्तमान पत्र व्यवहार का पता :-
- :-
- मोबाईल/दूरभाष नम्बर
- ईमेल आईडी
15. मेडिकल/संबंधित कौंसिल का नाम :-
- पंजीयन क्रमांक एवं दिनांक :-
16. आवेदन शुल्क विकलांग/अजा/अजजा/महिला हेतु 325/- रु.
तथा अन्य समस्त अभ्यर्थी हेतु 650/- रु. होगा।
17. आवेदन शुल्क भुगतान संबंधी Bank Demand Draft No.
(कार्यालयीन उपयोग हेतु) भुगतान दिनांक.....राशि.....
18. शैक्षणिक योग्यता (वांछित शैक्षणिक योग्यता का ही विवरण भरा जावे)

क्र0	परीक्षा का नाम	बोर्ड का नाम	उत्तीर्ण परीक्षा का वर्ष	उत्तीर्ण परीक्षा के सभी वर्षों का पूर्णांक	उत्तीर्ण परीक्षा के सभी वर्षों का प्राप्तांक	प्रतिशत

19. संलग्न सत्यापित प्रमाण पत्रों की सूची व संख्या :-
1. दसवीं/बारहवीं की अंकसूची अथवा जन्म प्रमाणपत्र :-
 2. शैक्षणिक योग्यता की अंकसूची (सभी वर्षों का) :-
 3. जाति प्रमाण पत्र :-
 4. मूल निवास प्रमाण पत्र :-
 5. विकलांग प्रमाण पत्र :-
 6. भूतपूर्व/सैनिक स्वतंत्रता सेनानी से संबंधित प्रमाण पत्र :-
 7. बैंक ड्राफ्ट की मूल प्रति :-अन्य.....
 8. मेडिकल/संबंधित कौंसिल संबंधी प्रमाण पत्र :-
 9. पहचान पत्र (आधार/वोटर आईडी/पेन कार्ड) :-

घोषणा पत्र

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन पत्र में दी गयी जानकारी पूर्णतः सत्य एवं पूर्ण है। जो किसी भी स्थिति में असत्य पाये जाने पर मेरी उम्मीद्वारी निरस्त हो जावेगी तथा भर्ती संबंधी मेरे सभी दावे समाप्त हो जाएंगे।

स्थान

दिनांक

आवेदक के हस्ताक्षर

नाम

पता

—::घोषणा पत्र::—

1. मैं पिता/पति श्री
पूर्णतः सत्य कथन करता/करती हूँ कि मैं चिकित्सा अधिकारी (एम.बी.बी.एस.) स्नातक/स्नातकोत्तर प्रवेश
नियम के प्रावधानों के तहत ग्रामीण सेवा के लिए वर्षका अनुबंधित छात्र चिकित्सक हूँ/ नहीं हूँ।
2. यदि अनुबंधित है तो अनुबंध अनुसार दो वर्षों के ग्रामीण सेवा हेतु आदेश क्रमांक
दिनांकद्वारा पदस्थापना स्थान
में पदस्थ किया गया था। जिसके अनुपालन में मैंने कार्यभार वहन किया/नहीं किया।
3. अथवा अनुबंध के अनुसार अभी तक सेवा का अवसर प्रदान नहीं किया गया है।

उपरोक्त जानकारी मेरे संज्ञान के अनुसार पूर्णतः सत्य एवं सही है, मुझे यह भी संज्ञान है कि यदि जानकारी गलत पायी जाती है तो मेरे विरुद्ध अनुशासनात्मक कार्यवाही की जा सकेगी।

आवेदक का हस्ताक्षर.....

आवेदक का नाम

पता.....

मो. नं०.....