

प्रति,

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी  
जिला सुकमा (छ0ग0)।

स्वप्रमाणित  
पासपोर्ट  
साईज फोटो

1. आवेदित पद का नाम :- .....
2. आवेदक/आवेदिका का नाम(हिन्दी में) :- .....
- (अंग्रेजी में):- .....
3. पिता/पति का नाम :- .....
4. जन्म तिथि अंको में :- .....(शब्दों में).....
5. दिनांक 01.01.2024 को आयु :- वर्ष.....माह.....दिन.....
6. लिंग (महिला/पुरुष) :- .....
7. जाति वर्ग :- .....
8. स्थायी पता :- .....
9. पत्र व्यवहार का पता :- .....
10. मोबाईल नम्बर/ई-मेल आई.डी. :- .....
11. वर्तमान एवं पूर्व नौकरी का विवरण यदि हो तो, अनुभव का विवरण यदि हो तो :- .....
12. क्या आवेदक विवाहित हैं ? हां/नहीं :- .....
13. यदि विवाहित है तो विवाह की तिथि :- .....
14. जीवित बच्चों की संख्या एवं तिथि :- .....
15. शैक्षणिक योग्यता एवं तकनीकी योग्यता :- .....
- (सत्यापित प्रमाणपत्र) संलग्न करें .....

क्र0	परीक्षा का नाम	संस्था/बोर्ड/विश्व विद्यालय नाम	परीक्षा उत्तीर्ण होने का वर्ष	पूर्णांक	प्राप्तांक	प्रतिशत

16. संलग्न प्रमाण पत्रों की सूची :-

- (1) ..... (2) .....  
(3) ..... (4) .....  
(5) ..... (6) .....  
(7) ..... (8) .....  
(9) ..... (10) .....

आवेदक/आवेदिका का हस्ताक्षर

पूरा नाम -----

// घोषणा पत्र //

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा दिया गया उपर्युक्त वर्णित विवरण जानकारी पूर्णतः सही है। यदि उपर्युक्त विवरण का कोई भी जानकारी असत्य पाये जाने की स्थिति में मेरा/मेरी चयन, उम्मीदवारी निरस्त किये जाने/सेवा समाप्त किये जाने अथवा मेरे विरुद्ध की जाने वाली अनुशासनात्मक कार्यवाही मुझे मान्य होगी। जिस हेतु मैं उत्तरदायी रहूंगा/रहूंगी।

दिनांक.....

स्थान .....

आवेदक/आवेदिका का हस्ताक्षर

नाम.....

पता .....

.....

मोबा. न0.....

