

प्रति,

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी
जिला सुकमा (छ0ग0)

स्वप्रमाणित
पासपोर्ट
साईज फोटो

18. आवेदित पद का नाम :-
19. आवेदक/आवेदिका का नाम(हिन्दी में) :-
- (अंग्रेजी में):-
20. पिता/पति का नाम :-
21. जन्म तिथि अंको में :-(शब्दों में).....
22. दिनांक 01.01.2025 को आयु :- वर्ष.....माहदिन.....
23. लिंग (महिला/पुरुष) :-
24. जाति वर्ग :-
25. स्थायी पता :-
26. पत्र व्यवहार का पता :-
27. मोबाईल नम्बर/ई-मेल आई.डी. :-
28. रोजगार कार्यालय का जीवित
पंजीयन क्रमांक/दिनांक
कार्या0 का नाम :-
29. वर्तमान एवं पूर्व नौकरी का
विवरण यदि हो तो, अनुभव का
विवरण यदि हो तो :-
30. क्या आवेदक विवाहित हैं ? हां/नहीं :-
31. यदि विवाहित है तो विवाह की तिथि :-
32. जीवित बच्चों की संख्या एवं तिथि:-
33. 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

12

--	--	--	--	--	--	--

34. 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.....

