

आवेदन का प्रारूप

महिला चिकित्सा अधिकारी एवं आकस्मिक चिकित्सा अधिकारी के पद पर नियुक्ति हेतु
आवेदन-पत्र (अंतिम तिथि - 22/02/2024)

नोट: सभी जानकारी आवेदक द्वारा पूर्ण की जावे।

स्व-प्रमाणित
फोटो
(पास पोर्ट
साईज)

जिस पद हेतु आवेदन किया जा रहा है, पद-

1. आवेदक का पूरा नाम
2. पुरुष/महिला
3. पिता/पति का नाम (उपनाम सहित).....
4. वर्तमान पद एवं कार्यस्थल/संस्थान.....
5. वर्तमान संस्थान जहाँ पर कार्यरत है, प्रायवेट है या शासकीय है.....
6. वर्तमान निवास स्थान का पता (पिनकोड सहित).....
.....
शहर का नाम..... फोन नं.....
मोबाइल नं.....ईमेलआईडी.....
7. स्थाई पता.....
.....
शहर का नाम..... फोन नं.....
मोबाइल नं.....
8. आधार कार्ड नम्बर
9. जन्मतिथि (हाईस्कूल परीक्षा की अंकसूची संलग्न करें).....
10. दिनांक 01/01/2024 को आवेदक की आयुदिन माह वर्ष
11. आवेदक की वैवाहिक स्थिति- विवाहित/अविवाहित -
12. विवाह कि दिनांक- नाम :-
13. विवाह के समय आपकी उम्रपति/पत्नि की उम्र.....
14. आपके बच्चों की संख्या
15. यदि बच्चों की संख्या ≥ 2 है तो सबसे छोटे बच्चे का जन्म दिनांक.....

16. वर्ग जिसमें आप आवेदन कर रहे हैं : अनारक्षित / अनुसूचित जाति / अनुसूचित जनजाति / अन्य पिछड़ा वर्ग / विकलांग (आरक्षित श्रेणी हेतु सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाणपत्र की छायाप्रति संलग्न करें)

17. शैक्षणिक योग्यताएं:- (प्रमाण-पत्र एवं अंकसूची को स्वप्रमाणित सत्यापित छायाप्रति संलग्न करें) पद के अनुसार योग्यता अंकित करें।

सं. क्र.	परीक्षा का नाम	संस्था / बोर्ड / वि.वि.	वर्ष	विषय	प्राप्तांक / पूर्णांक	कुल प्राप्तांक / प्रतिशत	प्रयास (Attempt)

18. मेडिकल काउन्सिल का पंजीयन क्रमांक एवं नाम तथा दिनांक

अ. (एम.बी.बी.एस.)-

ब. एमडी/एमएस-

स. एमसीएच/डीएम-

19. अनुभव :-

(प्रमाण-पत्र की सत्यापित छायाप्रति संलग्न करें)

सं. क्र.	पदनाम	पद पर कार्यभार ग्रहण करने की दिनांक	अनुभव वर्ष / माह / दिन	सक्षम अधिकारी पदनाम

20. संलग्न प्रमाण पत्रों की सूची (स्वप्रमाणित फोटो कॉपी संलग्न करें।)

- | | |
|--|-----------|
| 1. जन्मतिथि के लिये कक्षा 10 वी की अंकसूची | हॉ / नहीं |
| 2. स्नातक / स्नातकोत्तर डिग्री संबंधित विषय में। | हॉ / नहीं |
| 3. स्थानीय निवास प्रमाण पत्र | हॉ / नहीं |
| 4. जाति प्रमाण पत्र | हॉ / नहीं |
| 5. आधार कार्ड | हॉ / नहीं |
| 6. अन्य प्रमाण पत्र / अंकसूची इत्यादि है तो संलग्न करें। | |
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |
| 6. | |

21. आवेदन का बंद लिफाफा मुख्य कार्यपालन अधिकारी एवं अधिष्ठाता, अटल बिहारी वाजपेयी, शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय, विदिशा, केन्द्रीय विद्यालय के सामने, सांची रोड़, विदिशा, पिनकोड-464001 के नाम से भेजे।

लिफाफे पर आवेदित पद का नाम एवं आवेदक का नाम व पूर्ण पता तथा श्रेणी का उल्लेख आवश्यक रूप से अंकित करें।

स्थान.....

आवेदक का पूरा नाम एवं हस्ताक्षर

दिनांक.....

// घोषणा-पत्र //

1. मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा दी गई उपरोक्त जानकारी पूर्ण एवं सत्य है। जानकारी असत्य होने की दशा में मेरा आवेदन पत्र/नियुक्ति पत्र निरस्त किया जा सकेगा।
2. मेरे विरुद्ध पुलिस प्रकरण में एफ.आई.आर. दर्ज नहीं है, और मेरे विरुद्ध कोई भी जॉज प्रचलन में नहीं है।
3. मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मुझे नैतिक पतन के किसी अपराध में किसी न्यायालय द्वारा न तो दोषी पाया गया है और न ही मेरे विरुद्ध इस प्रकार का कोई प्रकरण किसी भी न्यायालय में विचाराधीन है।
4. म.प्र. शासकीय स्वाभासी चिकित्सा महाविद्यालय, विदिशा के शैक्षणिक/चिकित्सकीय/गैर-भौक्षणिक निर्धारित आदर्श सेवा भर्ती नियम-2018 मुझे पूर्णरूपेण बंधनकारी होंगे।
5. नोट:- उक्त घोषणा/शपथ पत्र 100/- (रु. सौ रूपये) के स्टाम्प में शपथ पत्र प्रस्तुत करना होगा।

हस्ताक्षर
आवेदक का पूरा नाम