

राष्ट्रीय आयुष मिशन अंतर्गत राज्य स्तरीय कार्यक्रम प्रबंधन इकाई में संविदा कार्यक्रम अधिकारी/ कंसल्टेन्ट (आयुर्वेद/होम्योपैथी) एवं संविदा वित्त प्रबंधक के रूप में सेवाएं देने हेतु आवेदन प्रपत्र

1. आवेदित पद का नाम
2. अभ्यर्थी का पूरा नाम
3. पिता/पति का नाम
4. माता का नाम
5. जन्मतिथि



(10वीं की अंकसूची के अनुसार)

6. लिंग (पुरुष/महिला/अन्य)
7. श्रेणी (सामान्य/ईडब्ल्यूएस/अन्य पिछड़ा वर्ग/अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति) प्रमाण पत्र संलग्न करें।
पत्र व्यवहार का पता
8.
9. स्थायी पता
10. आधार नम्बर
11. ई-मेल आई डी
12. मोबाईल नम्बर
13. शैक्षणिक योग्यता

क्र	योग्यता	वर्ष	परीक्षा का नाम	संस्था का नाम	बोर्ड/ विश्वविद्यालय	प्रतिशत
1.	स्नातक					
2.	स्नातकोत्तर					
3.	अन्य					

67

14. कार्यानुभव

क्र	धारित पद का नाम	संस्था/विभाग का नाम	अवधि का विवरण		वेतन/परिलब्धियां	कार्यरत विभाग का ई-मेल आई.डी. /दूरभाष क्रमांक STD Code सहित	संस्थान शासकीय/अर्द्धशासकीय/अन्य
			कब से तिथि	कब तक तिथि			
1.							
2.							
3.							
4.							

समस्त प्रमाण पत्रों की छायाप्रति स्वयं सत्यापित कर आवेदन पत्र के साथ संलग्न करें।

आवेदक का नाम—.....

हस्ताक्षर—.....

घोषणा पत्र

1. मैं घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा दी गई उपरोक्त जानकारी पूर्ण एवं सत्य है। जानकारी असत्य होने की दशा में मेरा आवेदन पत्र निरस्त किया जा सकेगा।
2. मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मुझे किसी अपराध में किसी न्यायालय द्वारा न तो दोषी पाया गया है और न ही मेरे विरुद्ध इस प्रकार का कोई भी प्रकरण किसी भी न्यायालय में विचाराधीन है।

दिनांक -.....

स्थान—.....

आवेदक का पूरा नाम एवं हस्ताक्षर

Um