

// आवेदन का प्रारूप //

प्रति,

प्रधानाचार्य एवं मुख्य कार्यपालन अधिकारी
शासकीय स्वशासी आयुर्वेद महाविद्यालय एवं चिकित्सालय
ग्वालियर (म.प्र.)

नवीन कलर पासपोर्ट
साईज फोटो

1. आवेदित पद का नाम
2. आवेदक/आवेदिका का पूरा नाम
3. आवेदक/आवेदिका के पिता/पति का नाम
4. जन्मतिथि आयु-वर्ष माह दिवस
5. प्रवर्ग (UR/SC/ST/OBC/EWS)
6. यदि आवेदक विवाहित हो तो विवाह के प्रमाण पत्र के अनुसार विवाह दिनांक
7. जीवित बच्चों का विवरण

क्र.	नाम	लिंग (पुत्र/पुत्री)	जन्मतिथि

8. पत्र व्यवहार का पता एवं पिनकोड
9. मोबाईल नंबर एवं ई-मेल आई०डी०
10. दिव्यांगता का प्रकार एवं प्रतिशत
11. रोजगार कार्यालय का जीवित पंजीयन क्रमांक
12. रोजगार कार्यालय का नाम एवं स्थान
13. शैक्षणिक योग्यता :- प्रमाण पत्रों की स्वयं सत्यापित प्रतियां संलग्न करें-

क्र.	परीक्षा का नाम	संस्था/बोर्ड/वि.वि. का नाम	वर्ष	विषय	पूर्णांक/प्राप्तांक	श्रेणी

14. संबंधित बोर्ड का रजिस्ट्रीकरण क्रमांक
(प्रमाण पत्र की सत्यापित प्रति संलग्न करें)
15. अतिरिक्त विशेष तकनीकी योग्यता/अनुभव यदि हो तो
16. उपरोक्त विवरण के संबंध में सभी प्रमाण पत्रों की छायाप्रति अभिप्रमाणित कर प्रस्तुत करें।

आवेदक/आवेदिका के हस्ताक्षर

// घोषणा पत्र //

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि उपरोक्त सभी जानकारी जो मेरे द्वारा दी गई है, वह मेरे विवेक एवं ज्ञान से पूर्णतः सत्य है। जानकारी असत्य पाई जाने पर मेरा आवेदन निरस्त माना जायेगा।

स्थान -

दिनांक -

आवेदक/आवेदिका के हस्ताक्षर एवं पूर्ण पता

.....
.....
.....