

प्रति,

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी
जिला सुकमा (छोगो)।

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 है ? 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

क्र०	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. न०

