

आवेदन पत्र का प्रारूप

विज्ञापित क्रमांक /स्था/2016/ दिनांक.....

स्वप्रमाणित स्वयं
का पासपोर्ट
साईज फोटो
चस्पा करें

प्रति,

प्राचार्य,
शासकीय आयुर्वेद महाविद्यालय,
जी.ई. रोड, रायपुर (छ.ग.)

1. आवेदित पद का नाम
2. आवेदक का पूरा नाम (हिन्दी में)
- (अंग्रेजी में, ब्लाक लेटर्स में)
3. पिता/पति का नाम
4. (अ) पत्र व्यवहार का वर्तमान पता (हिन्दी में)
- दूरभाष/मोबा.नं.
- (ब) स्थायी पता
-
5. जन्मतिथि अंको में शब्दों में
- आयु दिनांक 01/01/2016 को वर्ष माह दिन
6. क्या आवेदक छत्तीसगढ़ का मूल निवासी है ? हां / नहीं
7. संवर्ग (✓करें) अनारक्षित /अ0ज0जा0 / अ0जा0 /अ0पि0व0
8. लिंग (✓करें) पुरुष /महिला
9. क्या आवेदक छत्तीसगढ़ शासन द्वारा घोषित उच्चतम आयु सीमा में छूट चाहता है ? हां /नहीं
- यदि हां तो किस आधार पर
- (उक्त हेतु सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाण पत्र की सत्यापित प्रति संलग्न करें)
10. क्या आवेदक भूतपूर्व सैनिक है? हां / नहीं
- (यदि हां तो सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाण पत्र की सत्यापित प्रति संलग्न करें)
11. क्या आप विवाहित है ? हां /नहीं
12. यदि विवाहित हैं तो विवाह की तिथि

13. जीवित बच्चों की संख्या

क्रमांक	नाम	लिंग	जन्मतिथि
1	2	3	4

14. शैक्षणिक योग्यता

शैक्षणिक योग्यता	वि.वि. / बोर्ड / संस्था का नाम / अन्य	पूर्णांक	प्राप्तांक	श्रेणी	उत्तीर्ण होने का वर्ष
1	2	3	4	5	6

15. संलग्न प्रमाण पत्र की सूची

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.

घोषणा पत्र

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन पत्र में दिये गये सभी विवरण मेरे सर्वोत्तम विश्वास एवं जानकारी के अनुसार सत्य, पूर्ण एवं सही है एवं आवेदित पद के लिये मैं निर्धारित योग्यता रखता/रखती हूँ, मुझे जानकारी है कि इसमें दी गई कोई भी जानकारी या सूचना गलत, असत्य या अपूर्ण पायी जाने पर उक्त पद के लिये मेरी उम्मीदवारी रद्द या निरस्त की जा सकती है, इस संबंध में मुझे कोई नोटिस दिये बिना मेरी सेवाएं समाप्त की जा सकती है तथा मेरे विरुद्ध नियमानुसार वैधानिक कार्यवाही भी की जा सकती है।

स्थान :

आवेदक के हस्ताक्षर

दिनांक :

(नाम))