

ಜಿಲ್ಲಾ ಆಯುಷ್ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಕಛೇರಿ, ಹೊಸಬೆಂಗಳೂರು ರಸ್ತೆ, ಹಾಸನ -573201.

ಇ-ಮೇಲ್ ವಿಳಾಸ: dao.hassan09@gmail.com

ದೂರವಾಣಿ ಸಂ: 08172-272272

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆಯುಷ್ ಅಭಿಯಾನದಡಿ ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ನೇಮಕಾತಿ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ

ರವರಿಗೆ,

ಮಾನ್ಯ ಸದಸ್ಯ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳು/
ಜಿಲ್ಲಾ ಆಯುಷ್ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು
ಹಾಸನ.

ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿರುವ ಹುದ್ದೆಯ ಹೆಸರು : _____

1. ಅರ್ಜಿದಾರನ/ಳ ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು : _____

2. ತಂದೆ/ಪೋಷಕರ ಹೆಸರು : _____

3. ಖಾಯಂ ವಿಳಾಸ : _____

4. ಅಂಚೆ ವಿಳಾಸ : _____

5. ಸಂಪರ್ಕಿಸ ಬಹುದಾದ ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ :

ಮೊಬೈಲ್ : _____

ಸ್ಥಿರ ದೂರವಾಣಿ : _____

6. ಇ-ಮೇಲ್ ವಿಳಾಸ : _____

7. ಅಂಗ :

ಪುರುಷ		ಮಹಿಳೆ	
-------	--	-------	--

8. ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ (ದೃಢೀಕರಣ ಪತ್ರ ಲಗತ್ತಿಸುವುದು) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. ಮೀಸಲಾತಿ ಕೋರಿದ್ದಲ್ಲಿ: ಅನ್ವಯಿಸುವ ಬಾಕ್ಸ್‌ನಲ್ಲಿ (✓) ಗುರುತು ಹಾಕಿ.
(ದೃಢೀಕರಣ ಪತ್ರ ಲಗತ್ತಿಸುವುದು)

ಪ. ಜಾ	ಪ. ಪಂ	ಪ್ರವ-1	2ಎ	2ಬಿ	3ಎ	3ಬಿ	ಸಾಮಾನ್ಯ
ಕ.ಮಾ. ಅ	ಗ್ರಾ. ಅ	ಯೋ. ನಿ. ಅ	ಅಂ. ವಿ.	ಮಾ. ಸೈ	ಮಹಿಳಾ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ		

10. ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ: ಅಧಿಸೂಚನೆಯಲ್ಲಿ ನೀಡಿರುವಂತೆ (ಎಲ್ಲಾ ಸೆಮಿಸ್ಟರ್ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ)

ಕ್ರ. ಸಂ.	ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ	ಒಟ್ಟು ಅಂಕಗಳು	ಪಡೆದ ಅಂಕಗಳು	ಶೇಕಡೆ
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

11. ಕಾರ್ಯಾನುಭವ:

ಕ್ರ. ಸಂ.	ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಿದ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಹೆಸರು	ಹುದ್ದೆ	ಕಾರ್ಯಾನುಭವ		
			ಇಂದ	ವರೆಗೆ	ಅವಧಿ ವರ್ಷ/ ತಿಂಗಳುಗಳಲ್ಲಿ

ಸೂಚನೆ:

- ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಹುದ್ದೆಗಳಿಗೆ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸುವ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಕೆ.ಎ.ಯು.ಪಿ. ರೆಜಿಸ್ಟ್ರೇಷನ್ ಬೋರ್ಡಿನಿಂದ ನೋಂದಣಿ ಮಾಡಿಸಿರುವ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸುವುದು.
- ಔಷಧಿ ವಿತರಕರ ಹುದ್ದೆಗೆ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸುವ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳು ಫಾರ್ಮಸಿ ಬೋರ್ಡ್‌ನಲ್ಲಿ ನೋಂದಣಿ ಮಾಡಿಸಿರುವ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಸಲ್ಲಿಸುವುದು.
- ಅರ್ಜಿಯೊಂದಿಗೆ ಸ್ವಯಂ ಧೃಡೀಕೃತ ಎಲ್ಲಾ ವರ್ಷದ ಅಂಕಪಟ್ಟಿ, ಮೀಸಲಾತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ (ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವಂತೆ) ಹಾಗೂ ಕೆಪಿಎಂಇ ನೋಂದಾಯಿತ ಆಯುಷ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆ/ ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯದಿಂದ ಪಡೆದ ಅನುಭವದ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಮತ್ತು ಕೊನೆಯ 3 ತಿಂಗಳ ವೇತನ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರಗಳನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.
- ಅರ್ಜಿಯ ಜೊತೆಗೆ ಲಗತ್ತಿಸಿರುವ ಪರಿಶೀಲನಾ ಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ ಈ ಅರ್ಜಿಯೊಂದಿಗೆ ಲಗತ್ತಿಸತಕ್ಕದ್ದು.
- ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿರುವ ಹುದ್ದೆಯ ಹೆಸರನ್ನು ಲಕೋಟೆಯ ಮೇಲೆ ದಪ್ಪ ಅಕ್ಷರಗಳಲ್ಲಿ ನಮೂದಿಸುವುದು.
(ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿರುವ ಹುದ್ದೆ)

ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಘೋಷಣೆ :

ಈ ಪ್ರಕಟಣೆಯಲ್ಲಿ ನೀಡಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ಜಾಗರೂಕತೆಯಿಂದ ಓದಿಕೊಂಡಿದ್ದು, ಅವುಗಳಿಗೆ ನಾನು ಬದ್ಧನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ/ಕೆ. ನಾನು ಈ ಸದರಿ ಹುದ್ದೆಗೆ ನಿಗದಿಪಡಿಸಲಾದ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ, ವಯೋಮಿತಿ ಮತ್ತು ಮೀಸಲಾತಿ ಇತ್ಯಾದಿ ಎಲ್ಲಾ ನಿಬಂಧನೆಗಳನ್ನು ಓದಿ ತಿಳಿದು ಕೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆಂದು ಹಾಗೂ ನಾನು ಈ ಅರ್ಜಿಯಲ್ಲಿ ನಮೂದಿಸಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಹೇಳಿಕೆ/ಮಾಹಿತಿಗಳು ಸತ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ ಎಂದು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ. ಈ ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಸರಿಯಾಗಿಲ್ಲವೆಂದು ಆಯ್ಕೆ ಪೂರ್ವದಲ್ಲಾಗಲೀ ಅಥವಾ ನಂತರದಲ್ಲಾಗಲೀ ಕಂಡು ಬಂದಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ತಿರಸ್ಕರಿಸುವ ಅಥವಾ ಸದಸ್ಯ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳು/ಜಿಲ್ಲಾ ಆಯುಷ್ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಹಾಸನ ಇವರು ಕೈಗೊಳ್ಳುವ ಸೂಕ್ತ ಕಾನೂನು ಕ್ರಮಕ್ಕೆ ನಾನು ಬದ್ಧನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ/ಕೆ.

ಸ್ಥಳ :
ದಿನಾಂಕ :

ಅರ್ಜಿದಾರನ/ಳ ಸಹಿ.

ಜಿಲ್ಲಾ ಆಯುಷ್ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಕಛೇರಿ, ಹೊಸಲ್ಕೆ ರಸ್ತೆ, ಹಾಸನ -573201.

ಇ-ಮೇಲ್ ವಿಳಾಸ: dao.hassan09@gmail.com

ದೂರವಾಣಿ ಸಂ: 08172-272272

ಪರಿಶೀಲನಾ ಪಟ್ಟಿ(Check List)

ಕ್ರ. ಸಂ.	ವಿವರ	ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳು ಭರ್ತಿ ಮಾಡತಕ್ಕದ್ದು	ಕಛೇರಿ ಉಪಯೋಗಕ್ಕೆ	
		ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	ಹೌದು/ ಇಲ್ಲ	ಷರಾ
1.	ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ತುಂಬಲಾಗಿದೆ			
2.	ಭಾವಚಿತ್ರವನ್ನು ಅಂಟಿಸಲಾಗಿದೆ			
3.	ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಲ್.ಸಿ ಅಂಕಪಟ್ಟಿ ಪ್ರತಿ ಲಗತ್ತಿಸಿದೆ			
4.	ಅಧಿಸೂಚನೆಯಲ್ಲಿ ನೀಡಿರುವ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆಯ ಅಂಕಪಟ್ಟಿ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿದೆ			
5.	ಆಯುಷ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸಿರುವ ಅನುಭವದ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಲಗತ್ತಿಸಿದೆ			
6.	ಕೊನೆಯ 03 ತಿಂಗಳ ವೇತನ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
7.	ಕೆ.ಎ.ಯು.ಪಿ ರಿಜಿಸ್ಟ್ರೇಷನ್ ಪ್ರತಿ ಲಗತ್ತಿಸಿದೆ (ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಹುದ್ದೆಗಳಿಗೆ)			
8.	ಫಾರ್ಮ್‌ನ ಬೋರ್ಡ್ ರಿಜಿಸ್ಟ್ರೇಷನ್ ಪ್ರತಿ (ಔಷಧಿ ವಿತರಕರ ಹುದ್ದೆಗಳಿಗೆ)			
8.	ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಆದಾಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಲಗತ್ತಿಸಿದೆ (ಅನ್ವಯಿಸುವುದಾದರೆ ಮಾತ್ರ)			
9.	ಇತರೆ ಮೀಸಲಾತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಲಗತ್ತಿಸಿದೆ (ಅನ್ವಯಿಸುವುದಾದರೆ ಮಾತ್ರ)			
10.	ಕಂಪ್ಯೂಟರ್ ಜ್ಞಾನ ಹೊಂದಿರುವ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ (ಅನ್ವಯಿಸುವುದಾದರೆ ಮಾತ್ರ)			
11.	ಇ-ಮೇಲ್ ವಿಳಾಸ ನಮೂದಿಸಿದೆ			
12.	ಹೆಚ್ಚುವರಿ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಲಗತ್ತಿಸಿದೆ			

ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಸಹಿ.

