

**ಬೆಲ್ಲಾ ಅಯುಷ್ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಕಛೇರಿ, ಹೊಸಲ್ಕೆನ್ ರಸ್ತೆ, ಹಾಸನ -573201,**

ಇ-ಮೇಲ್ ವಿಳಾಸ: dao.hassan09@gmail.com

ದೂರವಾಣಿ ಸಂ: 08172-272272

ಕೇಂದ್ರ ಪುರಸ್ಕೃತ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ನೇಮಕಾತಿ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ

ರವರಿಗೆ,

ಮಾನ್ಯ ಸದಸ್ಯ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳು/  
ಬೆಲ್ಲಾ ಅಯುಷ್ 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			

Please affix recent  
passport size color  
photo.  
  
Do not staple the  
photo

10. ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ: ಅಧಿಸೂಚನೆಯಲ್ಲಿ ನೀಡಿರುವಂತೆ.

ಕ್ರ. ಸಂ.	ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ	ಒಟ್ಟು ಅಂಕಗಳು	ಗಳಿಸಿದ ಅಂಕಗಳು	ಶೇಕಡ
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

**ಸೂಚನೆ:**

- ತಜ್ಞವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಹುದ್ದೆಗೆ ಅರ್ಜಿಯೊಂದಿಗೆ ಸ್ವಯಂ ಧೃಡೀಕೃತ ಪದವಿಯ ಎಲ್ಲಾ ವರ್ಷಗಳ ಅಂಕಪಟ್ಟಿ ಹಾಗೂ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ, ಸ್ನಾತಕೋತ್ತರ ಪದವಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ, ಕೆ.ಎ.ಯು.ಪಿ ರಿಜಿಸ್ಟ್ರೇಷನ್ ಪತ್ರ ಹಾಗೂ ಮೀಸಲಾತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರಗಳನ್ನು (ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವಂತೆ) ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.
- ಅರೆವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಹುದ್ದೆಗಳಿಗೆ ಅರ್ಜಿಯೊಂದಿಗೆ ಸ್ವಯಂ ಧೃಡೀಕೃತ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ, ಮೀಸಲಾತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ (ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವಂತೆ) ಹಾಗೂ ಅನುಭವದ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರಗಳನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.
- ಅರ್ಜಿಯ ಜೊತೆಗೆ ಲಗತ್ತಿಸಿರುವ ಪರಿಶೀಲನಾ ಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ ಈ ಅರ್ಜಿಯೊಂದಿಗೆ ಲಗತ್ತಿಸ ತಕ್ಕದ್ದು.
- ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿರುವ ಹುದ್ದೆಯ ಹೆಸರನ್ನು ಲಕೋಟಿಯ ಮೇಲೆ ದಪ್ಪ ಅಕ್ಷರಗಳಲ್ಲಿ ನಮೂದಿಸುವುದು.
- ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ ಈ ವೆಬ್‌ಸೈಟ್ <https://hassan.nic.in> ಇಲ್ಲಿ ಸಂಪರ್ಕಿಸುವುದು.

**ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಘೋಷಣೆ :**

ಈ ಪ್ರಕಟಣೆಯಲ್ಲಿ ನೀಡಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ಜಾಗರೂಕತೆಯಿಂದ ಓದಿಕೊಂಡಿದ್ದು, ಅವುಗಳಿಗೆ ನಾನು ಬದ್ಧನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ/ಳೆ. 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 ಸದಸ್ಯ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳು/ಜಿಲ್ಲಾ ಆಯುಷ್ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಹಾಸನ ಇವರು ಕೈಗೊಳ್ಳುವ ಸೂಕ್ತ ಕಾನೂನು ಕ್ರಮಕ್ಕೆ ನಾನು ಬದ್ಧನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ/ಳೆ.

ಸ್ಥಳ :

ಅರ್ಜಿದಾರನ/ಳ ಸಹಿ.

ದಿನಾಂಕ :

**ಜಿಲ್ಲಾ ಆಯುಷ್ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಕಛೇರಿ, ಹೊಸಲೈನ್ 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(ಅನ್ವಯಿಸುವುದಾದರೆ ಮಾತ್ರ)			
6.	ಕೆ.ಎ.ಯು.ಪಿ. ಬೋರ್ಡ್ / ಫಾರ್ಮಸಿ ಬೋರ್ಡ್ ರಿಜಿಸ್ಟ್ರೇಷನ್ ಪ್ರತಿ ಲಗತ್ತಿಸಿದೆ(ಅನ್ವಯಿಸುವುದಾದರೆ ಮಾತ್ರ)			
7.	ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಆದಾಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಲಗತ್ತಿಸಿದೆ (ಅನ್ವಯಿಸುವುದಾದರೆ ಮಾತ್ರ)			
8.	ಇತರೆ ಮೀಸಲಾತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಲಗತ್ತಿಸಿದೆ (ಅನ್ವಯಿಸುವುದಾದರೆ ಮಾತ್ರ)			
9.	ಇ-ಮೇಲ್ ವಿಳಾಸ ನಮೂದಿಸಿದೆ			
10.	ಹೆಚ್ಚುವರಿ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಲಗತ್ತಿಸಿದೆ			

ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಸಹಿ.