

१५ वा वित्त आयोग



म.न.पा. नागपूर अंतर्गत
कॉर्पोरेशन इंटीग्रेटेड हेल्थ अँड फॅमिली वेलफेअर सोसायटी
आरोग्य विभाग सिव्हिल लाईन्स, महानगरपालिका नागपूर.
(म.न.पा. चे संकेतस्थळ : www.nmcnagpur.gov.in)



अर्जाचा कार्यालयीन नोंदणी क्रमांक

प्रति,

मा. वैद्यकीय आरोग्य अधिकारी
म.न.पा.नागपूर

पासपोर्ट आकाराचा
अलिकडील छायाचित्र
स्वतः साक्षांकित
करुण लावावे.

विषय :-या पदाकरिता अर्ज व अर्ज
करीत असलेल्या पदाचा प्रवर्ग.....

१) अर्जदाराचे संपूर्ण नाव :-

२) जन्म तारीख :- वर्ष महिना दिवस
अक्षरी

वय :- वर्ष महिने दिवस
(जाहिरात प्रसिध्द झाली त्यादिवशी)

३) पत्रव्यवहाराचा संपूर्ण पत्ता :-

मोबाईल क्रमांक :-

ई मेल आयडी :-

४) अर्जदाराकडे जातीचे प्रमाणपत्र आहे :- होय/नाही

जातीचे नाव :-

जातीचा प्रवर्ग :-

५) जात पडताळणी प्रमाणपत्र आहे :- होय/नाही

६) अर्जदार विवाहित आहे काय ? :- होय/नाही

७) शैक्षणिक अर्हता :-

धारण केलेल्या शैक्षणिक अर्हतेचा तपशिल	बोर्ड/विद्यापिठाचे नाव	उत्तीर्ण वर्ष	अंतिम वर्षाचे गुण		टक्केवारी
			एकूण गुण	मिळालेले गुण	

८) इतर शैक्षणिक अर्हता :-

९) अनुभव :- (शासकिय, निमशासकिय, स्थानिक स्वराज्य संस्था अथवा राष्ट्रीय आरोग्य अभियान) अनुभवाची साक्षांकित प्रत जोडावी अन्यथा अनुभवाचे गुण ग्राह्य धरले जाणार नाही.

अ.क्र.	काम केलेल्या कार्यालयाचे नांव व पत्ता	धारण केलेले पद	कालावधी	कामाचे स्वरूप

१०) अर्जाचे सोबत खालील साक्षांकित प्रती जोडलेल्या आहेत.

- १)..... २)
- ३)..... ४)
- ५)..... ६)

मी, असे प्रमाणित करतो/करते की, आपले कार्यालयाकरिता..... या कंत्राटी पदाची जाहिरात मी काळजीपूर्वक वाचली असून सदर जाहिरातीतील अटी व शर्ती मला मान्य आहेत. वरील अर्जात दिलेली माहिती खरी असून चुकीची व खोटी आढळून आल्यास मी कायदेशीर कारवाईस पात्र राहील.

ठिकाण :-

उमेदवाराची स्वाक्षरी

दिनांक :-

उमेदवाराचे पूर्ण नांव