दैनिक आधार पर संविदा नियुक्ति के लिए आवेदन 2024-25 डॉक्टर/ नर्स (उपयुक्त पर निशान लगाएँ)

APPLICATION FOR CONTRACTUAL APPOINTMENT ON DAY TO DAY BASIS FOR THE ACADEMIC SESSION 2024-25

(PM SHRI KV SEC-4 R. K. PURAM, NEW DELHI-110022) DOCTOR/ NURSE [TICK APPROPRIATE]

<mark>बायो-डेटा BIO-DATA</mark>

	१ उम्मीद	वार का नाम Name of	the candidate:							
		पति का नाम Father's/	Photo							
	_									
		. लिंग: पुरुष/ महिला/ट्रांसजेंडर Gender: Male/Female/Transgender:								
		. जाति Caste: Gen (UR)/SC/ST/ OBC (CL)/ OBC(NCL): . दिव्यांग- 40% प्रतिशत Differently abled with min. 40% Disability: Yes/ No								
		कार के समय आयु Age as on date of interview								
		Pin								
	10. ई मेल	e-mail id:			@					
	A. शैक्षिक योग्यता/ Educational Qualifications:									
			2, 6	उत्तीर्ण करने			पूर्ण अंकों का			
	क्रं सं	योग्यता	बोर्ड/ विश्वविद्यालय	का वर्ष	विषय		प्रतिशत			
	S No.	Qualification	Board/ University	Year of	Subject		% of marks in			
		माध्यमिक		passing			aggregate			
	1.	Secondary [10th]								
		उच्च माध्यमिक								
	2.	Senior Secondary								
		[12th]								
	5.	डिप्लोमा/ डिग्री								
		Diploma/ Degree								
		कोई अन्य योगिता Any other								
	5.	qualification								
		विशेषज्ञता								
	5.	Specialization								
नोट	• उपर्यक्त दि	देगियों के समकक्ष दिगिय) गें का दावा करने वाले :	उम्मीदवारों को	साक्षात्कार / चयन के समय 3	मपने हावे के सम	र्थिन में हस्तावेर्ज			
	. उत्युता त. य प्रस्तुत क		11 40 4141 4001 4101	O 114-41(1 4/1	XIIQIIX IIIX XIII I	111 414 47 (1)	14114(((144			
	9		f claim of equivale	nce of the g	ualifications with that o	f the above s	should furnish			
		evidence in suppor								
	·	•								
	11. अंग्रेर्ज	ो और हिंदी का कार्यसाध	क ज्ञान Working knd	owledge of E	English and Hindi: हाँ Yes	s/ नहीं No				
	12. कंप्यूटर का कार्यसाधक ज्ञान Working knowledge of COMPUTER: हाँ Yes/ नहीं No									
	13. कोई 3	भन्य प्रासंगिक जानकारी .	Any other relevant	information	/ विशिष्ट उपलब्धि Extraord	inary achieve	ement:			
	•••••						•••••			
	14. क्या ए	म सी आई के साथ पजीवृ	कृत हैं∕ राज्य मेडिकल व	नाउसल Whetl	ner registered with MCI/	State Medica	ıl Council			

(Specify): [केवल डॉक्टर Doctor's only]

	5. रजिस्ट्रेशन संख्या Registration			_	केवल डॉक्टर Doctor's only] दें। Whether course if Yes, details						
10). क्या बासक लाइफ संपादिंग +				Whether course if Yes, details						
17	17. क्या वर्तमान में कार्यरत हैं (यदि हाँ, विवरण दें) Whether employed at present (If Yes, details thereof): 18. क्या स्वयं का क्लीनिक चला रहे हैं/ स्वयं के क्लीनिक में कार्य कर रहें हैं? यदि हाँ, विवरण दें। Whether running/ working in										
15											
10											
19	own clinic/ other hospital: (If Yes, details thereof)										
		पद Post	कार्यकाल		कार्य की प्रकृति, विशिष्ट उपलिब्ध- यदि कोई Nature of work with						
	संस्था का नाम Name of Institution		Period of service कब से कब तक								
	Name of institution		সূত্ৰ ধ From	प्रभ तक To	achievement if any						
			LIOIII	10							
	यह प्रमाणित है कि मेरे द्वारा प्रदान	न की गई उपरोक्त	जानकारी मेरे ज्ञान अ	गौर विश्वास के अ	नुसार सही है। यदि चयन प्रक्रिया से पहले या						
					नाएगी। और मेरे खिलाफ कानूनी कार्रवाई शुरू						
				9	आधार पर है। यदि कोई नियमित पदाधिकारी						
		11 है/ मेरा काम छ	गत्रों के कल्याण में स	गंतोषजनक नहीं प	ाया गया / बिना कोई कारण बताए मेरी सेवा						
किसी '	भी समय समाप्त की जा सकती है।										
		_	-		of my knowledge and belief. If this						
		•		•	, my candidature will be cancelled						
	, ,				hat the post is purely temporary and						
	-		•		incumbent is posted to my post by laya without assigning any reason						
thereo		stactory in the	wenare or stud	uciits / Viuya	naya without assigning any icason						
	· ·										
	स्थान Place										
	दिनांक Date/2	.024									
				उम्मीदवार	के हस्ताक्षर Signature of the candidate						
	For office use, only:										
	Found Eligible/ Not eligible for the reasons:										
			~								
First Checker		Second Che	cker	Date							