



ಬೃಹತ್ ಬೆಂಗಳೂರು ಮಹಾನಗರ ಪಾಲಿಕೆ

ಮುಖ್ಯ ಆರೋಗ್ಯಾಧಿಕಾರಿ(ಸಾ.ಆ) ಕಛೇರಿ, ಅನೇಕ್ಸ್ ಕಟ್ಟಡ-1, ನೆಲ ಮಹಡಿ, ಬಿಬಿಎಂಪಿ ಕೇಂದ್ರ ಕಛೇರಿ, ಎನ್.ಆರ್.ಚೌಕ, ಬೆಂ-02.

ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರದ 15ನೇ ಹಣಕಾಸು ಆಯೋಗದ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಮೊದಲನೇ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಸ್ಥಾಪಿಸಲಾಗುವ
“ನಮ್ಮ ಕ್ಲಿನಿಕ್”ಗಳಲ್ಲಿ ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಆಯ್ಕೆಗೆ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ

ರವರಿಗೆ,

ಮುಖ್ಯ ಆರೋಗ್ಯಾಧಿಕಾರಿ (ಸಾ.ಆ)
ಬಿ.ಬಿ.ಎಂ.ಪಿ ಕೇಂದ್ರ ಕಛೇರಿ ಆವರಣ,
ಎನ್.ಆರ್.ಚೌಕ, ಬೆಂಗಳೂರು-02

Please affix recent
passport size colour
photo.

Do not staple the
photo

ಪ್ರಕಟಣೆ ಸಂಖ್ಯೆ : _____
ಜಾಹೀರಾತು ಹೊರಡಿಸಿದ ದಿನಾಂಕ _____
ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿರುವ ಹುದ್ದೆಯ ಹೆಸರು _____

1. ಅರ್ಜಿದಾರನ/ಳ ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು: _____

2. ತಂದೆ/ಪೋಷಕರ ಹೆಸರು : _____

3. ಖಾಯಂ ವಿಳಾಸ : _____

4. ಅಂಚೆ ವಿಳಾಸ : _____

5. ಸಂಪರ್ಕಿಸಬಹುದಾದ
ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ : ಮೊಬೈಲ್: _____
ಸ್ಥಿರ ದೂರವಾಣಿ _____

6. ಇ-ಮೇಲ್ ವಿಳಾಸ: _____

7. ಲಿಂಗ :

ಪುರುಷ		ಮಹಿಳೆ	
-------	--	-------	--

8. ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ:

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

9. ಮೀಸಲಾತಿ ಕೋರಿದ್ದಲ್ಲಿ: ಅನ್ವಯಿಸುವ ಬಾಕ್ಸ್‌ನಲ್ಲಿ “✓” ಗುರುತು ಹಾಕಿ.[ದೃಢೀಕರಣ ಪತ್ರಗಳನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಲಗತ್ತಿಸಬೇಕು]

ಪ.ಜಾ	ಪ.ಪಂಗಡ	ಪ್ರವರ್ಗ-1	2ಎ	2ಬಿ	3ಎ	3ಬಿ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಹೈ - ಕ
------	--------	-----------	----	-----	----	-----	---------	--------

10. ಮೀಸಲಾತಿ ಕೋರಿದ್ದಲ್ಲಿ: ಅನ್ವಯಿಸುವ ಬಾಕ್ಸ್‌ನಲ್ಲಿ “✓” ಗುರುತು ಹಾಕಿ.[ದೃಢೀಕರಣ ಪತ್ರಗಳನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಲಗತ್ತಿಸಬೇಕು]

ಕನ್ನಡ ಮಾಧ್ಯಮ	ಗ್ರಾಮೀಣ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ	ಅಂಗವಿಕಲತೆ	ಯೋಜನಾ ನಿರಾಶಿತರು	ಮಾಜಿ ಸೈನಿಕರು
--------------	------------------	-----------	-----------------	--------------

11. ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ: ಅಧಿಸೂಚನೆಯಲ್ಲಿ ನೀಡಿರುವಂತೆ,

ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ	ಒಟ್ಟು ಅಂಕಗಳು	ಗಳಿಸಿದ ಅಂಕಗಳು	ಶೇಕಡೆ
1ನೇ ವರ್ಷ			
2ನೇ ವರ್ಷ			
3ನೇ ವರ್ಷ			
4ನೇ ವರ್ಷ			
ಒಟ್ಟು ಅಂಕಗಳು			

ಸೂಚನೆ:

- ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳು ನೇರ ಆಯ್ಕೆಯ ದಿನ ಮೂಲ ಅಂಕಪಟ್ಟಿ ಮತ್ತು ಇತರೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲನೆಗೆ ಸಲ್ಲಿಸುವುದು.
- ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳು ಚೆಕ್‌ಲಿಸ್ಟ್(Check list) ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ ಅರ್ಜಿಯೊಂದಿಗೆ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕು.

ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಘೋಷಣೆ:

ಈ ಪ್ರಕಟಣೆಯಲ್ಲಿ ನೀಡಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ಜಾಗರೂಕತೆಯಿಂದ ಓದಿಕೊಂಡಿದ್ದು, ಅವುಗಳಿಗೆ ನಾನು ಬದ್ಧನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ/ಬದ್ಧಳಾಗಿರುತ್ತೇನೆ. ನಾನು ಈ ಸದರಿ ಹುದ್ದೆಗೆ ನಿಗದಿಪಡಿಸಲಾದ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ, ವಯೋಮಿತಿ ಮತ್ತು ಮೀಸಲಾತಿ ಇತ್ಯಾದಿ ಎಲ್ಲಾ ನಿಬಂಧನೆಗಳನ್ನು ಓದಿ ತಿಳಿದುಕೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆಂದು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ. ನಾನು ಈ ಅರ್ಜಿಯಲ್ಲಿ ನಮೂದಿಸಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಹೇಳಿಕೆ/ಮಾಹಿತಿಗಳು ಸತ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ ಎಂದು ಹಾಗೂ ಸರಿಯಾಗಿರುತ್ತದೆಂದು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ. ಈ ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಸರಿಯಾಗಿವೆಲ್ಲವೆಂದು ಆಯ್ಕೆ ಪೂರ್ವದಲ್ಲಿಯಾಗಲೀ ಅಥವಾ ನಂತರವಾಗಲೀ ಕಂಡು ಬಂದಲ್ಲಿ ಸೂಕ್ತ ಕೈಗೊಳ್ಳುವ ಕಾನೂನು ಕ್ರಮಕ್ಕೆ ನಾನು ಬದ್ಧನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ/ಬದ್ಧಳಾಗಿರುತ್ತೇನೆ.

ಸ್ಥಳ :

ದಿನಾಂಕ :

ಅರ್ಜಿದಾರನ/ಳ ಸಹಿ