

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ನಗರ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ
 ಬೆಂಗಳೂರು ನಗರ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೊಸೈಟಿ(ರಿ)
 ಬೃಹತ್ ಬೆಂಗಳೂರು ಮಹಾನಗರ ಪಾಲಿಕೆ



ಮುಖ್ಯ ಆರೋಗ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಕಛೇರಿ(ಸಾ.ಆ), ನ್ಯೂ ಅನೇಕ್ಸ್ ಕಟ್ಟಡ-3, 3ನೇ ಮಹಡಿ, ಬಿಬಿಎಂಪಿ ಕೇಂದ್ರ ಕಛೇರಿ, ಎನ್.ಆರ್.ಚೌಕ, ಬೆಂ-02.

ಎನ್.ಹೆಚ್.ಎಂ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ನೇರ- ಆಯ್ಕೆಗೆ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ

ರವರಿಗೆ,

ಸದಸ್ಯ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳು,
 ಬಿ.ಸಿ.ಹೆಚ್ & ಎಫ್.ಡಬ್ಲ್ಯೂಎಸ್,
 ಬಿಬಿಎಂಪಿ ಕೇಂದ್ರ ಕಛೇರಿ ಆವರಣ,
 ಎನ್.ಆರ್.ಚೌಕ, ಬೆಂಗಳೂರು-02

Please affix recent
 passport size colour
 photo.

Do not staple the
 photo

ಪ್ರಕಟಣೆ ಸಂಖ್ಯೆ : _____
 ಜಾರಿಯಾಗುವ 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		ತೃತೀಯ ಲಿಂಗ	
-------	--	-------	--	------------	--

• ಮಹಿಳಾ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳು ಗರ್ಭಿಣಿಯಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ದೃಢೀಕರಣ ಪತ್ರ (YES/NO)

--	--

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	ಯೋಜನಾ ನಿರಾಶ್ರಿತರು	ಹೈ-ಕ	ಕನ್ನಡ ಮಾಧ್ಯಮ	ಗ್ರಾಮೀಣ	ಮಾಜಿ ಸೈನಿಕರು	ಅಂಗವಿಕಲರು

10. ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ: ಅಧಿಸೂಚನೆಯಲ್ಲಿ ನೀಡಿರುವಂತೆ,

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

ಸೂಚನೆ:

- ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳು ವಾಕ್-ಇನ್ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ದಿನ ಮೂಲ ಅಂಕಪಟ್ಟಿ ಮತ್ತು ಇತರೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲನೆಗೆ ಸಲ್ಲಿಸುವುದು.

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 ಸರಿಯಾಗಿರುತ್ತವೆ ಎಂದು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ. ಈ ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಸರಿಯಾಗಿಲ್ಲವೆಂದು ಆಯ್ಕೆ ಪೂರ್ವದಲ್ಲಿಯಾಗಲೀ ಅಥವಾ ನಂತರವಾಗಲೀ ಕಂಡು ಬಂದಲ್ಲಿ ಬೆಂಗಳೂರು ನಗರ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೊಸೈಟಿ(ರಿ) ರವರು ಕೈಗೊಳ್ಳುವ ಸೂಕ್ತ ಕಾನೂನು ಕ್ರಮಕ್ಕೆ ನಾನು ಬದ್ಧನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ/ಬದ್ಧಳಾಗಿರುತ್ತೇನೆ.

ಸ್ಥಳ :

ದಿನಾಂಕ :

ಅರ್ಜಿದಾರನ/ಳ ಸಹಿ

