



जळगांव शहर महानगरपालिका, जळगांव
MUNICIPAL CORPORATION OF THE CITY OF JALGAON

दवाखाने विभाग



स्वातंत्र्याचा अमृत महोत्सव

जा.क्र/जशमनपा/दवा/-९४२/२०२५

दिनांक - २४ - ११ - २०२५

शुध्दीपत्रक

राष्ट्रीय शहरी आरोग्य अभियान, जळगांव शहर महानगरपालिका, अंतर्गत दि.२०/११/२०२५ रोजी प्रसिध्द करण्यात आलेल्या वैद्यकीय अधिकारी (पुर्णवेळ), वैद्यकीय अधिकारी (अर्धवेळ), व इतर पदांच्या अर्जाचा नमुना मध्ये बदल करण्यात आला असून संबंधीत उमेदवार यांनी सोबत जोडलेल्या अर्जाच्या नमुन्यामध्ये संबंधीत पदाकरीता अर्ज सादर करावा.

(पंकज गोसावी)

उपायुक्त,

जळगांव शहर महानगरपालिका, जळगांव

राष्ट्रीय नागरी आरोग्य अभियान व १५ वा वित्त आयोग

जळगाव शहर महानगरपालिका, जळगाव

कंत्राटी पदभरती

अर्जाचा नमुना

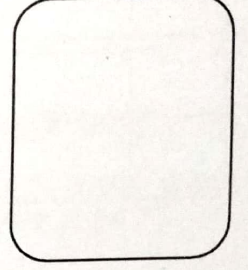
..... या पदासाठी अर्ज

प्रती,

मा.अध्यक्ष,(निवड समिती) तथा

आयुक्त, जळगाव महानगरपालिका,

जळगाव.



१) उमेदवाराचे नाव :-

मराठी मध्ये (संपूर्ण नाव) :-

इंग्रजी मध्ये (संपूर्ण नाव) :-

२) उमेदवाराचा संपूर्ण पत्ता :-

.....

.....पिन कोड.....

३) दुरध्वनी क्र :-, ईमेल आयडी

४) जन्मतारीख :-, दि. २०/११/२०२५ रोजीचे वय:-....वर्ष....महिने

५) जातीचा प्रवर्ग :-, पोटजात..... Applying Category

६) शैक्षणिक अर्हता:-

अ.क्र	परिक्षेचे नाव	विद्यापिठ/मंडळाचे नाव	उत्तीर्ण वर्ष	एकुण गुण	प्राप्त गुण	टक्केवारी

(*पदांच्या शैक्षणिक अर्हते नुसार व उच्च शैक्षणिक अर्हतेनुसार सर्व गुणपत्रक/प्रमाणपत्राच्या छायांकित प्रत सोबत जोडणे आवश्यक)

७) अनुभव :-

अ.क्र	संस्थेचे नाव व पत्ता	पदाचे नाव	शासकिय निमशासकिय	कालावधी		एकुण वर्ष
				पासुन	पर्यंत	

(* अनुभव प्रमाणपत्र सोबत जोडणे आवश्यक)

(*प्रमाणपत्राच्या छायांकित प्रत सोबत जोडणे आवश्यक)

८) अर्जासोबत खालील (छायांकित) प्रती जोडण्यात आलेल्या आहे. :-

- (१)
- (२)
- (३)
- (४)
- (५)
- (६)

उपरोक्त प्रमाणे मी असे प्रमाणित करतो/करते की, वर नमुद केलेली माहिती हि खरी असुन, ती खोटी आढल्यास माझी उमेदवारी नियुक्त्याही टप्प्यावर रद्द करण्यात येईल याची मला जाणीव आहे.

उमेदवाराची स्वाक्षरी

नाव.....

महाराष्ट्र नागरी सेवा (लहान कुटुंबाचे प्रतिज्ञापत्र) नियम २००५ अन्वये

प्रतिज्ञापत्र

नमुना-अ

(नियम ४ पहा)

मी, श्री/श्रीमती/कुमारी _____ श्री _____
_____ यांचा/यांची मुलगा/मुलगी/पत्नी, वय _____ वर्ष
राहणार _____ या द्वारे पुढीलप्रमाणे असे
जाहीर करतो/ करते की मी _____ या पदाकरीता आपल्या येथे अर्ज सादर केलेला
आहे.

आज रोजी मला _____ इतकी हयात अपत्य आहेत त्यापैकी २३ जुलै
२०२० नंतर जन्माला आलेल्या अपत्यांची संख्या _____ आहे. हयात असलेल्या अपत्यांची
संख्या दोन पेक्षा अधिक असेल तर दिनांक २३ जुलै २०२० व त्यानंतर जन्माला आलेल्या
अपत्यामुळे या पदासाठी मी अपात्र राहील याची मला जाणीव आहे.

अर्जदाराची स्वाक्षरी

ठिकाण :-

दिनांक :-