

अनुबंध / ANNEXURE - 'B'

उम्मीदवारों के बयान और घोषणा

CANDIDATES STATEMENT AND DECLARATION

उम्मीदवार अपनी चिकित्सा जांच करने से पहले नीचे की आवश्यकता अनुसार बयान करना चाहिए और उससे घोषणापत्र पर हस्ताक्षर करना चाहिए। उसके ध्यान नीचे नोट में निहित चेतावनी की ओर विशेष रूप से निर्देशित है।

The candidate must make the statement required below prior to his/ her medical examination and must declaration appended thereto. His/her attention is specially directed to the warning contained in the note below: -

1. अपना पूरा नाम लिखिए (स्पष्ट अक्षरों में)
State your name in full (In block letters)
2. अपनी उम्र और जन्म स्थान लिखिए
State your age and place of birth
3. (क) यदि आप को कभी भी, चेचक, रुक रुककर होने वाले या किसी अन्य बुखार, गंधियों की वृद्धि या पीप आना, रक्त का थूकना, अस्थमा, हृदय रोग, फेफड़ों की बीमारी, आमवात के आक्रमण से कलजोरी होना, पथरी की बीमारी हुआ है ?
(a) Have you ever had small pox, Intermittent or any other fever, Enlargement or suppuration of glands, spitting of blood, asthma, Heart disease, lung disease, fainting attacks rheumatism, appendicitis?
(ख) किसी भी अन्य बीमारी या दुर्घटना जिस की वजह से बिस्तर पर आराम करने की और मेडिकल या सर्जिकल इलाज के लिए आवश्यकता होती है ?
(b) Any other disease or accident requiring confinement to bed and medical or surgical treatment?
4. आप ने पिछली बार कब टीका लगाया था ?
When you were last vaccinated?
5. आप या आपके किसी संबंधी स्कारफुला का खपत, गठिया, दमा, फिट्स, मिर्गी या पागलपन से पीड़ित हो गए हैं ?
Have you or any of your near relations been afflicted with consumption scarfula, gout, asthma, fits, epilepsy or insanity?
6. अगर आप अधिक काम या किसी अन्य कारण के होने के कारण होरवौसनेस्स के किसी भी रूप से पीड़ित हो गए हैं ?
Have you suffered from any form of horvousness due to over work or any other cause?
7. पिछले 3 वर्षों के भीतर एक चिकित्सा अधिकारी / मेडिकल बोर्ड द्वारा आप की जांच करके क्या आप को सरकार सेवा के लिए अयोग्य घोषित किया गया है ?
Have you been examined and declared unfit for Govt. service by a Medical Officer /Medical Board, within the last 3 years?

8. अपने परिवार के संबंध में निम्नलिखित विवरण प्रस्तुत करें। / Furnish the following particulars concerning your Family:-

पिता की उम्र यदि जीवित है तो, और उनके स्वास्थ्य की स्थिति Father's age if living and state of health	पिता की मृत्यु के समय की उम्र और मौत का कारण Father's age at death and cause of death	जीवित भाइयों की संख्या, उनकी उम्र और स्वास्थ्य की स्थिति No. of brothers living, their ages & state of health	मृत भाइयों की संख्या, मृत्यु के समय की उम्र और मृत्यु के कारण No. of brothers dead their age at death and cause of death
---	--	--	---

माता की उम्र, यदि जीवित है तो, और उनके स्वास्थ्य की स्थिति Mother's age if living and state of health	माता की मृत्यु के समय की उम्र और मौत का कारण Mother's age at death and cause of death	जीवित बहनों की संख्या, उनकी उम्र और स्वास्थ्य की स्थिति No. of sisters living, their ages & state of health	मृत बहनों की संख्या, मृत्यु के समय की उम्र और मृत्यु के कारण No. of sisters dead their age at death and cause of death

मैं घोषणा करता /करती हूँ कि उपर्युक्त प्रश्नों के सभी उत्तर मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सही हैं ।
I declare all the above answers to be, to the best of my knowledge and belief, correct.

मैं यह भी सत्यनिष्ठा से समर्थन करता /करती हूँ कि मुझे किसी भी बीमारी या अन्य हालत के कारण एक विकलांगता प्रमाण पत्र / पेंशन नहीं मिला है ।
I also solemnly affirm that, I have not received a disability certificate /pension on account of any disease or other condition.

उम्मीदवार का हस्ताक्षर
CANDIDATE'S SIGNATURE

मेरी उपस्थिति में हस्ताक्षर किए हैं
SIGNED IN MY PRESENCE

दिनांक / Date:

स्थान / Place:

कार्यालय सील / Office Seal

सील सहित चिकित्सा अधिकारी का हस्ताक्षर
SIGNATURE OF MEDICAL OFFICER WITH SEAL

नोट: - उम्मीदवार ऊपर बयान की सटीकता के लिए जिम्मेदार ठहराया जाएगा। जानबूझकर किसी भी जानकारी को दबा के कारण उन्हें नियुक्ति को खोने का, और अगर नियुक्त किया गया है तो, सेवानिवृत्ति भत्ता या उपदान के लिए सभी दावा का अधिकार खो देने का जोखिम उठाना होगा ।

CERTIFICATE OF CHARACTER

(FOR CLASS II SERVICES)

Certified that I have known S/Shri/Smt/Ms
.....Son/ Daughter of Shri/Smt.....
.....for the lastYears
.....Months and that to the best of knowledge and belief he/She bears reputable
charcter and has no antecedents which render him/her unsuitable for Government
employment.

2. S/Shri/Smt/Ms.....is
not related to me.

Place: _____

Signature_____

Date: _____

Designation: _____

*(to be attested by Stipendary I class Executive
Magistrate, District Magistrate or Sub Divisional
Magistrate)

//ATTESTED//

Place: _____

Signature_____

Date: _____

Designation: _____

(Attesting Authority)

चिकित्सा प्रमाण पत्र
MEDICAL CERTIFICATE

मैं इसके द्वारा प्रमाणित करता हूँ कि मैंने विभाग में रोजगार के लिए
उम्मीदवार की जांच की है, और को छोड़कर किसी भी
(संचारी या अन्यथा) संवैधानिक कमजोरी, या दुर्बलता का खोज नहीं कर सकता, मैं इसको कार्यालय में रोज
के लिए एक अयोग्यता नहीं मानता हूँ। उसकी उम्र उसके स्वयं के बयान के अनुसार साल
और आकार से करीब साल है।

I hereby certify that, I have examined a candidate
employment in the Department, and cannot discover that has
disease (communicable or otherwise) constitutional weakness, or infirmity or
..... I do not consider this a disqualification for employment in the office of
..... His /her age is according to his/her own statement years
by appearance about years.

दिनांक / Date:

स्थान / Place:

कार्यालय सील / Office Seal

AFFIX PHOTO

सील सहित चिकित्सा अधिकारी का हस्ताक्षर
Signature of the Medical Officer with seal

SIGNATURE OF THE CANDIDATE