

ಇ) ಸಾಮಾನ್ಯ ವರ್ಗದವರೆ:

ಹೌದು ಇಲ್ಲ

ಈ) ಇತರೆ ಮೀಸಲಾತಿ.

ಗ್ರಾ.ಅ ಕಮಾ.ಅ ಅಂ.ವಿ ಯೋ.ನಿ.ಅ.ಮಾ.ಸ್ಯೆ.ಮ.ಅ.

11. ವಿಧವೆಯೆ:

ಹೌದು ಇಲ್ಲ

12. ಅಂಗವಿಕಲರೆ:

ಹೌದು ಇಲ್ಲ

13. ಮಾಜಿ ಸೈನಿಕರೆ:

ಹೌದು ಇಲ್ಲ

12. ಸರ್ಕಾರಿ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿರುವರೆ (ಹೌದಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ಮೇಲಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಲಗತ್ತಿಸಬೇಕು)

14. ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ:

ಅ.

	ಪದವಿ				
PUC	ವಿಜ್ಞಾನ	ವಾಣಿಜ್ಯ	ಕಲೆ	ಇತರೆ(ನಮೂದಿಸಬೇಕು)	ಡಿಪ್ಲೋಮಾ

ಆ: ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆಯ ವಿವರಗಳು:

ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ	ಒಟ್ಟು ಅಂಕಗಳು	ಗಳಿಸಿದ ಅಂಕಗಳು	ಶೇಕಡಾ
1. ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಲ್.ಸಿ			
2. ಪಿ.ಯು.ಸಿ ಅಥವಾ ಕೇಂದ್ರೀಯ ಮಂಡಳಿಯಿಂದ ಜರುಗಿದ ಮಾಧ್ಯಮಿಕ ಶಿಕ್ಷಣ (12ನೇ ತರಗತಿ) ಅಥವಾ ICSE ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ತೇರ್ಗಡೆಯಾಗಿರಬೇಕು.			
3.			
4.			
5.			

15. ಈ ಅರ್ಜಿಗೆ ಲಗತ್ತಿಸಿದ ದಾಖಲೆಗಳ ಪಟ್ಟಿ:

- | | |
|-----|-----|
| (1) | (5) |
| (2) | (6) |
| (3) | (7) |
| (4) | (8) |

ನನಗೆ ತಿಳಿದಿರುವಂತೆ ಮೇಲಿನ ಮಾಹಿತಿಯು ನಿಜವೆಂದು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಸರಕಾರಿ ಉದ್ಯೋಗಕ್ಕೆ ಸೇರಲು ಅನರ್ಹರಾಗುವಂತಹ ಯಾವ ಪೂರ್ವೋತ್ತರಗಳು ನನ್ನ ಅರಿವಿಗೆ ಬಂದಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಸ್ಥಳ:

ದಿನಾಂಕ:

ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಸಹಿ.

ಪ್ರಪತ್ರ-1

(ಸರಕಾರಿ ನೌಕರರ ಉಪಯೋಗಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರ)

ಮೇಲಾಧಿಕಾರಿಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ _____ ಇವರು

ರಾಜ್ಯ ಸರಕಾರಿ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿ _____ ದಿನಾಂಕ _____ ರಿಂದ _____ ರ ವರೆಗೆ ನೇಮಕಾತಿ ನಿಯಮಗಳ ಮೇರೆಗೆ ಕ್ರಮಬದ್ಧವಾಗಿ ಖಾಯಂ/ತಾತ್ಕಾಲಿಕವಾದ ಹುದ್ದೆಯಲ್ಲಿದ್ದಾರೆ. ನನಗೆ ತಿಳಿದ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಸದರಿಯವರ ನಡತೆ ಚೆನ್ನಾಗಿದ್ದು ಕೆಲಸವನ್ನು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಅಂತಾ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ. ಸದರಿಯವರು ಅಪೇಕ್ಷಿಸಿದ ಹುದ್ದೆಗೆ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಲು ಅನುಮತಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಸ್ಥಳ:

ದಿನಾಂಕ:

ಸಹಿ:

ಹುದ್ದೆ:

ಇಲಾಖೆ:

ಪ್ರಪತ್ರ-2

ನಡತೆ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ _____ ರವರ ಮಗ /

ಮಗಳಾದ ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ _____ ರವರು ನನಗೆ _____

ವರ್ಷಗಳು _____ ತಿಂಗಳುಗಳಿಂದ ಪರಿಚಯವಿದೆ ಎಂದು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ. ಮತ್ತು ನನಗೆ ತಿಳಿದಿರುವಂತೆ ಸದರಿಯವರು ಒಳ್ಳೆಯ ನಡತೆಯುಳ್ಳವರಾಗಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಸರ್ಕಾರಿ ಉದ್ಯೋಗಕ್ಕೆ ಅನರ್ಹರಾಗುವಂತ ಯಾವ ಪುರ್ವೋತ್ತರಗಳು ಇಲ್ಲ. ಸದರಿಯವರು ನನ್ನ ಸಂಬಂಧಿಕರಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಸ್ಥಳ:

ದಿನಾಂಕ:

ಸಹಿ:

ಹುದ್ದೆ:

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ಅಧಿಕೃತ ಜ್ಞಾಪನ ಸಂಖ್ಯೆ
:ಸಿಆಸುಇ.115.ಸೆನೆನಿ.2005, ದಿನಾಂಕ.19.11.2005.

CERTIFICATE FOR THE PERSONS WITH DISABILITIES

This is to certify that
Sri/Smt/Kum_____ son/wife/daughter
of Sri._____ Age_____ old,
male/female, Registration No._____ is
a case of _____. He / She
is physically disabled/ visual disabled/speech & hearing disabled and
has _____%(_____percent). Permanent (physical
impairment / visual impairment speech & hearing impairment) in
relation to his/her_____.

Note:-

1. This condition is progressive / non-progressive/likely to improve/not likely to improve.*
2. Re-assessment is not recommended/ is recommended after a period of _____months/years.*

*Strike out which is not applicable.

(Recent Attested
photograph
showing
disability affixed
here).

Sd/-
(DOCTOR)
(Seal)

Sd/-
(DOCTOR)
(Seal)

Sd/-
(DOCTOR)
(Seal)

**Countersigned by the
Medical Superintendent CMO/Head of Hospital
(with seal)**

Signature/Thumb impression
of the disabled person.