



સુરત મહાનગરપાલિકા

(Visit us at <https://www.suratmunicipal.gov.in>)

વોક ઈન ઈન્ટરવ્યુ

નેશનલ હેલ્થ મિશન અંતર્ગત સુરત મહાનગરપાલિકા વિસ્તારમાં COVID-19 અંતર્ગત શરૂ થનાર ૧૪૨ ક્લીનિક માટે નીચેની વિગતે જણાવેલ જગ્યાઓ નેશનલ હેલ્થ મિશન અંતર્ગત ૧૧ માસ માટે કરાર આધારિત માસિક ફીક્સ વેતનથી ભરવાની થાય છે.

ક્રમ	જગ્યાનું નામ	સંખ્યા	લાયકાત	પગારધોરણ
૧.	મેડીકલ ઓફીસર (પાર્ટ ટાઈમ)	૧૪૨	— એમ.બી.બી.એસ.	ફીક્સ વેતન રૂ.૩૦,૦૦૦/- પ્રતિ માસ
૨.	પેરામેડીકલ સ્ટાફ	૧૪૨	— એ.એન.એમ./ જી.એન.એમ./ એમ.પી.એચ.ડબલ્યુ	ફીક્સ વેતન રૂ.૧૦,૦૦૦/- પ્રતિ માસ

ઉપરોક્ત તમામ જગ્યાઓ નિયમ મુજબ ફીક્સ વેતનથી કરાર આધારિત ભરતીનો નિયમો અને શરતો આધિન ભરવામાં આવશે. અન્ય કોઈ પણ જાતના ભથ્થા અને નાણાંકીય લાભ ચૂકવવામાં આવશે નહીં.

લાયક ઉમેદવારે તા.૩૧/૦૩/૨૦૨૦ ના રોજ સવારે ૮:૦૦ થી ૧૧:૦૦ કલાક સુધીમાં રજીસ્ટ્રેશન કરાવવાનું રહેશે.

ન્યુ સ્ટેન્ડીંગ કમિટિ રૂમ, ૩ જો માળ, ન્યુ એનેક્સી બિલ્ડીંગ, મુગલીસરા, સુરત ખાતે અસલ પ્રમાણપત્રો સાથે પ્રમાણિત નકલો તથા ફોટોગ્રાફ સહિત સ્વખર્ચે મૌખિક ઈન્ટરવ્યુ માટે ઉપસ્થિત રહેવું.

નોંધ :- હાલમાં લોકડાઉનની પરિસ્થિતિને ધ્યાને લઈ મૌખિક ઈન્ટરવ્યુ આપવા માટે આવતા સમયે પોલીસ સમક્ષ ખરાઈ કરાવવા માટે જાહેરાતની નકલ તથા ઓળખપત્ર સાથે અચૂક રાખવું.

નં.પીઆર.ઓ./૫૧૫/૨૦૧૯-૨૦૨૦
તા. ૨૮/૦૩/૨૦૨૦

સહી/-
કમિશનર,
સુરત મહાનગરપાલિકા.

જગ્યાનું નામ :- પેરામેડીકલ સ્ટાફ

(સુવાચ્ય અક્ષરમાં બોલપેનથી અરજી કરવી)

અ.નં. વિગત

૧. પ્રથમ નામ :
૨. બીજું નામ :
૩. અટક :
૪. સરનામું :

૫. પીન કોડ નં.

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

૬. રહેઠાણનો ફોન નં.
(એસટીડી સહિત)

એસટીડી કોડ						રહેઠાણનો ફોન નં.													

૭. મોબાઈલ નં.

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

૮. ઈ-મેઈલ આઈ.ડી.

૯. લીંગ (Sex) (લાગુ પડતુ હોય ત્યાં (✓) ની નિશાની કરો) : ૧. પુરૂષ () ૨. સ્ત્રી ()

૧૦. જન્મ તારીખ : દિવસ

--	--

 માસ

--	--

 વર્ષ

--	--	--	--

૧૧. જાતિ (લાગુ પડતુ હોય ત્યાં (✓) ની નિશાની કરો) :

૧. અ.જા. () ૨. અ.જ.જા. () ૩. સા.શૈ.પ.વ. () ૪. સામાન્ય () ૫. શા.ખો.ખાં. ()
૬. માજી. સૈનિક () ૭. આ.ન.વ. ()

૧૨. વૈવાહિક દરજ્જો (લાગુ પડતુ હોય ત્યાં (✓) ની નિશાની કરો) :

૧. પરણિત () ૨. અપરણિત () ૩. છુટાછેડા () ૪. વિધુર / વિધવા ()

૧૩. શૈક્ષણિક લાયકાત

સંસ્થાનું નામ / બોર્ડ / યુનિવર્સિટી	પાસ કરેલ પરીક્ષા	પરીક્ષા પાસ કર્યાનું વર્ષ અને માસ	મુખ્ય વિષય	મેળવેલ ટકાવારી				પ્રયત્ન
						.		
						.		
						.		

૧૪. અનુભવની વિગત

સંસ્થાનું નામ	તારીખ		હોદ્દો અને કામનો પ્રકાર	મેળવેલ પગાર	અનુભવ			
	કઈ તારીખથી	કઈ તારીખ સુધી			વર્ષ		માસ	

બિડાણ કરેલ કાગળો :- (તમામ પ્રમાણપત્રોની ફક્ત પ્રમાણિત નકલો જ સામેલ કરવી.)

(જે પુરાવા અરજી સાથે સામેલ કર્યા હોય તેની સામે જ (✓) ની નિશાની કરો)

૧.	જન્મ દાખલો ()	૨.	શાળા છોડ્યાનું પ્રમાણપત્ર ()
૩.	ડીપ્લોમાં માર્કશીટ () ડીપ્લોમા પ્રમાણપત્ર ()	૪.	સ્નાતકની માર્કશીટ () સ્નાતકનું પ્રમાણપત્ર ()
૫.	અનુસ્નાતકની માર્કશીટ () અનુસ્નાતકનું પ્રમાણપત્ર ()	૬.	જાતિનું પ્રમાણપત્ર ()
૭.	અનુભવનું પ્રમાણપત્ર ફક્ત સંસ્થાના લેટરપેડ ઉપર ()	૮.	શારિરીક ખોડખાંપણ અંગેનું પ્રમાણપત્ર ()
૯.	માજી સૈનિક અંગેનું પ્રમાણપત્ર ()	૧૦.	CCC () CCC ⁺ () અન્ય કોમ્પ્યુટર વિષયક પરીક્ષા પાસ કર્યા અંગેનું પ્રમાણપત્ર ()
૧૧.	ક્રિમીલેયર પ્રમાણપત્ર ()	૧૨.	એસ.એસ.સી. માર્કશીટ () એસ.એસ.સી. પ્રમાણપત્ર ()
૧૩.	એચ.એસ.સી. માર્કશીટ () એચ.એસ.સી. પ્રમાણપત્ર ()	૧૪.	હાલના નોકરીદાતાનું ન વાંધા પ્રમાણપત્ર ()
૧૫.	કેટલા પ્રયત્ને પરીક્ષા પાસ કરેલ છે તેનું પ્રમાણપત્ર ()	૧૬.	હાલના નોકરીદાતા/યુનિવર્સિટી/કોલેજ પૈકી લાગુ પડતી સંસ્થાના સંદર્ભપત્રો(રેફરન્સ)સામેલ કરવા
૧૭.	અન્ય		

કબુલાત નામું

આથી હું નીચે સહી કરનાર જણાવુ છું કે અરજીમાં જણાવેલ તમામ વિગતો સંપૂર્ણપણે સાચી છે, અને આ અંગે કોઈ પ્રશ્ન ઉપસ્થિત થાય તો મારી ઉમેદવારી ગેરલાયક થશે અને જો નિમણુંક પામેલ હોઈશ તો તે રદ થવાને પાત્ર રહેશે.

સ્થળ :-

તારીખ :- / /૨૦૨૦

અરજી કરનારની સહી,



SURAT MUNICIPAL CORPORATION

www.suratmunicipal.gov.in

Application Form for the post of Medical Officer (MBBS) Part Time (National Health Mission)

(Complete In Block Letters)

*Affix Passport
Size
Photograph
(Self Attested)*

1. Post Applied for

- *Designation:*

- *Specialty:*

2. Name of Candidate:

(Surname)

(First Name)

(Middle Name)

**3. Father's Name /
Husband's Name:**

(Surname)

(First Name)

(Middle Name)

4. Address

City: _____ **State:** _____ **Pincode:** _____

Telephone Numbers

Home (with code): _____

Mobile: _____

E-mail Address :

a) _____

b) _____

5. Date of Birth:

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

6. Gender:

Male

Female

7. Category:

SC

ST

SEBC

General

8. Educational Qualifications:

Examination	Registration Number	Year of Passing	Name of the University	Percentage	Attempt	Score*
Final MBBS						
PG Diploma						
PG Degree (MD/MS)						

9. **Details of Experience:**

Designation	Name of Institution	From (DD/MM/YY)	To (DD/MM/YY)	Total Experience in years & months	Remarks

**for office use only*

10. **Check-List:**

Please tick (√) in the appropriate box the document you have submitted with your application (attach **attested xerox copies** wherever applicable in the sequence given below.)

S. No	Document	Please Tick
(1)	M.B.B.S.	(a) Mark Sheet
		(b) Attempt Certificate
		(c) Degree Certificate
		(d) Registration Certification
(2)	PG Diploma	(a) Mark Sheet
		(b) Attempt Certificate
		(c) Degree Certificate
		(d) Registration Certification
(3)	MD/MS	(a) Mark Sheet
		(b) Attempt Certificate
		(c) Degree Certificate
		(d) Registration Certification
(4)	Experience Certificate	
(5)	Caste Certificate when applicable (Domicile of Gujarat)	
(6)	Birth Date Certificate/ School Leaving	
(7)	NOC of Present Employer	
(8)	Proof of change name / Proof of change in marital status	
(9)	Any Others	

If selected willingness to join within [] days.

Place: _____

Date: _____

(Signature of the Applicant)

DECLARATION

I hereby declare that all the particulars stated in this application form are true to the best of my knowledge and belief.

In the event of submission of fraudulent, incorrect or untrue information or suppression or distortion of any fact like education qualification, marks, experience etc., I understand that my selection is liable for cancellation.

I further understand that my selection is purely provisional subject to the verification of the eligibility conditions.

I undertake to abide by the decision / order of the Appointment Authority to cancel my provisional selection and/or to expel me from the college and/or to prosecute me in case any incorrect information or discrepancy is found in this form either at the time of selection or at any time during the course of my employment.

I hereby agree, if selected, to conform to the Rules and Regulations of the Medical College in force and that may hereafter be made for the governance of the college and undertake that so long as I am an employee of the college I will do nothing either inside or outside the college that will interfere with its orderly governance, discipline and good name.

Place:_____

Date:_____

(Signature of the Applicant)