

साधारण ग्रेड चिकित्सा अधिकारी परीक्षा-2020  
**ORDINARY GRADE MEDICAL OFFICER EXAMINATION-2020**

पंजीकरण आवेदन पत्र  
**REGISTRATION APPLICATION FORM**

अभ्यर्थी का नाम:-

**NAME OF THE CANDIDATE:-**

पिता का नाम:-

**FATHER'S NAME**

जन्मतिथि:-

**DATE OF BIRTH:-**

ई-मेल:-

**E-Mail:-**

मोबाईल संख्या:-

**MOBILE NO.:-**

# UTTARAKHAND MEDICAL SERVICE SELECTION BOARD

Website: [www.ukmssb.org](http://www.ukmssb.org), Email: [ukmssbdun@gmail.com](mailto:ukmssbdun@gmail.com), Phone No. 0135-2608566

## APPLICATION PROFORMA

Post Applied for आवेदित पद का नाम	ORDINARY GRADE MEDICAL OFFICER साधारण ग्रेड चिकित्सा अधिकारी
--------------------------------------	---

Please affix  
recent  
passport size  
coloured  
photograph

### PART-A

Candidate's Signature

1	<b>REGISTRATION No.</b> पंजीकरण संख्या		
2	<b>FULL NAME</b> (In Capital letters) पूरा नाम (बड़े अक्षरों में)		
3	<b>FATHER'S NAME/HUSBAND'S NAME</b> पिता/पति का नाम		
4	<b>MOTHER'S NAME</b> माता का नाम		
5	<b>MARITAL STATUS</b> Married / Unmarried/Others वैवाहिक प्रास्थिति विवाहित/अविवाहित/अन्य		
6	<b>GENDER</b> Male / Female/Others लिंग पुरुष / महिला / अन्य		
7	<b>PERMANENT ADDRESS</b> स्थायी पता	<b>House No -</b> <b>Street -</b> <b>Locality -</b> <b>Landmark -</b>  City : Dist. : Pin code : नगर: जनपद: पिन कोड:	
8	<b>ADDRESS FOR CORRESPONDENCE</b> पत्राचार का पता	<b>House No -</b> <b>Street -</b> <b>Locality -</b> <b>Landmark -</b>  City : Dist. : Pin code : नगर: जनपद: पिन कोड:	
9	<b>CONTACT DETAILS</b> संपर्क विवरण	<b>Phone :</b> ( With STD code) फोन नम्बर : (एस0टी0डी0 कोड के साथ) <b>e-mail :</b> ई-मेल :	<b>Mobile No.</b> मोबाईल नम्बर:  <b>Alternate Mobile No.</b> वैकल्पिक मोबाईल संख्या

10	<b>DATE OF BIRTH</b> (As Per High School Certificate) <b>जन्मतिथि</b> (हाई स्कूल प्रमाण पत्र के अनुसार)	in Numerical : / / 19 अंको में : / / 19 in Words : _____ शब्दों में : <b>Completed Age</b> ( As 01.07.2020 ) : Years - Months - Days - <b>पूर्ण आयु</b> (01 जुलाई, 2020) : वर्ष- माह- दिवस-
11	<b>Nationality: INDIAN (Yes/No)</b> राष्ट्रियता: भारतीय (हाँ/नहीं)	
12	<b>Domicile Certificate of Uttarakhand State (For Benefit of Reservation)</b> उत्तराखण्ड राज्य का स्थाई निवास प्रमाण पत्र (आरक्षण का लाभ हेतु)	Yes/No हाँ/नहीं
13	<b>Category : SC / ST / OBC /EWS/ Unreserved</b> <b>श्रेणी:</b> अनुसूचित जाति/ अनुसूचित जनजाति/ अन्य पिछड़ा वर्ग/ आर्थिक रूप से कमजोर वर्ग/अनारक्षित	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">         Date of Issue of SC/ST/OBC/EWS certificate:       </div>
14	<b>Sub Cat :Uttarakhand Women/Dependent of Freedom Fighter (DFP)/Ex-Army/Differently abled (PH)/ Orphan Children in Government/Voluntary Homes Functional in the State of Uttarakhand</b> <b>श्रेणी:</b> उत्तराखण्ड महिला/स्वतन्त्रता संग्राम सैनानी के आश्रित/पूर्व सैनिक/दिव्यांगजन/उत्तराखण्ड राज्य में संचालित स्वैच्छिक/राजकीय गृहों में निवासरत अनाथ बच्चे	
15	<b>NCC ('B' or 'C' Certificate)-</b> एन0सी0सी0 "बी" अथवा "सी" प्रमाण पत्र:	Yes/No हाँ/नहीं
16	<b>Territorial Army (Min. 2 Years of service)-</b> प्रादेशिक सेना (न्यूनतम 02 वर्ष की सेवा )	Yes/No हाँ/नहीं
17	Are you employed? क्या आप किसी राजकीय संस्थान/विभाग में कार्यरत हैं?  Type of Service? सेवा का प्रकार  Type of Organisation संगठन का प्रकार  If Yes, Date of Applying NOC यदि हाँ, एन0ओ0सी0 आवेदन करने की तिथि	Yes/No हाँ/नहीं  Regular/Contractual नियमित/संविदा  Central Govt./Uttarakhand State Govt./Other State Govt./Others केन्द्र सरकार/उत्तराखण्ड राज्य सरकार/अन्य राज्य सरकार/अन्य  Day/ Month/ Year दिवस/माह/वर्ष
18	क्या आपके खिलाफ कोई आपराधिक मामला लम्बित है? Is there any criminal case	हाँ/नहीं Yes/No

	pending against you?	
19	अभ्यर्थी का पहचान पत्र Identity proof of Candidate	संख्या:..... Number:----- 1. आधार 2. पैन कार्ड 3. वोटर कार्ड 4. पासपोर्ट 5. ड्राइविंग लाइसेंस 1. AADHAAR 2. PAN CARD 3. VOTER CARD 4. PASSPORT 5. DRIVING LICENSE

### PART-B

#### 20. EDUCATION QUALIFICATION:-

शैक्षिक अर्हता:-

Qualification योग्यता	Name of the Course कोर्स का नाम	Name of the Medical College मेडिकल कॉलेज का नाम	Board / University बोर्ड/ विश्वविद्यालय	Passing Year उत्तीर्ण वर्ष	Marks Obtained प्राप्तांक	Total Marks कुल अंक	% of Marks अंको का प्रतिशत	Result Declaration Date परिणाम की घोषणा तिथि
Graduation स्नातक								
Post Graduation (Specialty) Degree/Dipl oma परास्नातक डिग्री / डिप्लो मा								
Super Specialty (if any) सुपर स्पेश्येल्टी (यदि कोई हो)								
OTHER ( If any) अन्य (यदि कोई हो)								

#### 21. EXPERIENCE

अनुभव

<b>Upload all relevant Experience Certificates.</b> सम्बन्धित समस्त अनुभव प्रमाण पत्र अपलोड करें।						
Experience Certificate issued by Competent Officer of State Government Hospital/Central Government Hospital/Autonomous Government Hospital/ Government Medical Colleges only, will be considered for evaluation. Experience Certificate should be issued only either by the Head of the Department/ Principal/Dean/ Registrar/Competent Authority of the College/Hospital केन्द्र/राज्य सरकार के नियन्त्राधीन राजकीय चिकित्सालय/स्वायत्तशासी राजकीय चिकित्सालय/राजकीय मेडिकल कॉलेज के विभागाध्यक्ष/प्रधानाचार्य/रजिस्ट्रार/सक्षम प्राधिकारी द्वारा जारी किये गये अनुभव प्रमाण पत्र ही मूल्यांकन हेतु मान्य होंगे।						
S.No. क्र०स०	Name of the Hospital/ Institution चिकित्सालय/संस्थान का नाम	Department विभाग • Government • Private	Designation / Post held पद का नाम	Period of Experience अनुभव की अवधि		
				From कब से (dd/mm/yy) दिवस/माह/वर्ष	To कब तक (dd/mm/yy) दिवस/माह/वर्ष	Duration समय अवधि (yy/mm/dd) वर्ष/माह/दिवस
01						
02						

03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						

**NOTE:** THE DURATION OF EXPERIENCE IS CLEARLY MENTIONED IN APPLICATION FORM/CERTIFICATE.

## 22. Registration Details:

पंजीकरण विवरण:

Particulars विवरण	M.B.B.S. (एमबीबीबीएस)	P.G. Specialty (M.D./M.S./PG DIPLOMA) (एमडी/एमएस/पीजी डिप्लोमा)	Super Speciality सुपर स्पेशलिटी
Name of Council काउंसिल का नाम			
Registration No. पंजीकरण संख्या			
Date of Registration पंजीकरण दिनांक			
Validity वैधता			

## PART-C

### Upload Images and document:

- 1- PASSPORT SIZE PHOTOGRAPH(SIZE: 20 KB to 50 KB)
- 2- SIGNATURE (SIZE: 5 KB to 20 KB)
- 3- High School Certificate (SIZE: 100 KB to 300 KB)
- 4- Category certificate SC/ST/OBC/EWS (SIZE: 100 KB to 300 KB)
- 5- Sub Category Certificates: **Dependent of Freedom Fighter (DFF)/Ex-Army/Differently abled (PH)/Orphan Children (In Government/Voluntary Homes Functional in the State of Uttarakhand)** (SIZE: 100 KB to 300 KB)
- 6- Domicile of Uttarakhand (If Any) (SIZE: 100 KB to 300 KB)
- 7- MBBS MARKSHEET/NBE MARKSHEETS (All years) (07 FIELDS) (SIZE: 100 KB to 300 KB)
- 8- MBBS DEGREE (SIZE: 100 KB to 300 KB)
- 9- PG DEGREE/DIPLOMA/DNB (If any) (SIZE: 100 KB to 300 KB)
- 10- MEDICAL COUNCIL REGISTRATION CERTIFICATE (SIZE: 100 KB to 300 KB)
- 11- SUPERSPECIALITY CERTIFICATE (If Any) (SIZE: 100 KB to 300 KB)
- 12- Experience Certificates (SIZE: 100 KB to 300 KB)

## **DECLARATION**

### **घोषणा**

1. I hereby declare that I have carefully read all the eligibility criteria mentioned in the advertisement and the above given informations in this application form. I accept and fulfill of those requirements.

मैं एतद्द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने विज्ञापन में वर्णित पात्रता की सभी शर्तें एवं इस आवेदन पत्र में ऊपर उल्लिखित सूचनाएं सावधानीपूर्वक पढ़ी ली हैं। वे मुझे मान्य हैं और मैं यह शर्तें पूरी करता/करती हूँ।

2. I also declare that all the details/information given in this application form is true and correct and I have not hidden any facts. If any details/information is found to be false or incorrect or if any facts are hidden by me, then my candidature should be cancelled. If such situation comes to the knowledge after the appointment, then my service shall be terminated.

मैं यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन पत्र में दिये गये समस्त विवरण/सूचनाएं सत्य एवं सही हैं और मैंने इन विवरणों/सूचनाओं में कोई तथ्य छिपाया नहीं है। यदि कोई विवरण/सूचना असत्य अथवा गलत पाये जाने अथवा कोई तथ्य मेरा द्वारा छिपाया जाना पाया जाय तो मेरा अभ्यर्थन निरस्त कर दिया जाय। यदि नियुक्त किये जाने के उपरान्त ऐसी स्थिति जानकारी में आये तो मेरी सेवायें समाप्त कर दी जायें।

3. I am/am not a regular employee of State Government/Government of India and I have informed the competent authority about sending my application, on (date)----- for providing No Objection Certificate.

मैं राज्य सरकार/भारत सरकार का नियमित कर्मचारी हूँ/नहीं हूँ और मैंने अपना आवेदन पत्र भेजने की सूचना सक्षम प्राधिकारी को दिनांक ..... को विधिवत अनापत्ति प्रमाण पत्र प्रदान करने के लिए प्रस्तुत कर दिये हैं।

4. I also declare that, if I am selected, I will register myself with Uttarakhand State Medical Council, (if not registered) within one month of joining my service.

मैं यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि यदि मैं चयनित होता/होती हूँ तो मैं सेवा में अपनी नियुक्ति से एक माह के भीतर उत्तराखण्ड राज्य चिकित्सा परिषद (यदि पंजीकृत नहीं हूँ) में पंजीकृत करूंगा/करूंगी।

Date and Time:

दिनांक एवं समय

Place:

स्थान:

Applicant's Signature:

अभ्यर्थी के हस्ताक्षर

### **PART-D**

**PAY FEE:-**

### **PART- E**

**PRINT APPLICATION FORM:-**