

घोषणा/शपथ पत्र

(अभ्यर्थी द्वारा इस प्रारूप पर घोषणा/शपथ पत्र स्वयं भरने के उपरान्त संबंधित मुख्य चिकित्सा अधिकारी/मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/प्रमुख चिकित्सा अधीक्षक से प्रमाणित कर आन-लाईन आवेदन करते समय अपलोड किया जाना होगा। जिसे तदपश्चात विश्वविद्यालय स्तर से प्राचार्य वीर चन्द्र सिंह गढ़वाली राजकीय आयुर्विज्ञान एवं शोध संस्थान श्रीनगर गढ़वाल/ महानिदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण उत्तराखण्ड कार्यालय को प्रेषित कर प्रमाणित/प्रतिहस्ताक्षरित करवाने के उपरान्त ही अधिमानी अंक प्रदान किये जायेंगे।)

मैं (अभ्यर्थी का नाम) पुत्र/पुत्री/पत्नी.....
शपथपूर्वक निम्नवत घोषणा करता /करती हूँ कि:-

1. मैं वर्तमान में नियमित पी0एम0एच0एस0 उत्तराखण्ड चिकित्सक/अनिवार्य सेवा संबंधी बाण्ड के अन्तर्गत संविदा के रूप में कार्यरत चिकित्सक हूँ।
2. मेरे द्वारा नीट पी0जी0-2020 उत्तराखण्ड राज्य केन्द्रीयकृत काउन्सिलिंग में सम्मिलित होने हेतु नियमानुसार महानिदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण उत्तराखण्ड से अनापत्ति प्रमाण पत्र प्राप्त कर लिया गया है, और मेरे द्वारा इसकी समस्त नियम व शर्तों को पढ व समझ लिया गया है। मुझे इस अनापत्ति प्रमाण पत्र की समस्त नियम व शर्तें स्वीकार एवं मान्य है। इस अनापत्ति प्रमाण पत्र को मेरे द्वारा आन-लाईन आवेदन करने के समय अपलोड भी किया गया है।
3. मेरे द्वारा नियमित पी0एम0एच0एस0 उत्तराखण्ड चिकित्सक/अनिवार्य सेवा संबंधी बाण्ड के अन्तर्गत संविदा चिकित्सक के रूप में उत्तराखण्ड राज्य के दुर्गम क्षेत्रों में सेवा प्रदान की गयी है, जिसका विवरण दिनांक 31.03.2020 की अवधि तक निम्नानुसार प्रस्तुत किया जा रहा है:-

क्र0सं0	तैनाती का स्थान (केवल उत्तराखण्ड राज्य के दुर्गम क्षेत्रों में)	दुर्गम क्षेत्रों में तैनाती की समयावधि		कुल समयावधि (वर्ष/माह/दिन)
		दिनांक से	दिनांक तक	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
कुल समयावधि:-				

4. उपरोक्त विवरण मेरे द्वारा सत्यापित एवं प्रमाणित किया जाता है।
5. मुझे यह ज्ञात है कि मेरे द्वारा प्रस्तुत उक्त सूचना का सत्यापन/प्रमाणीकरण संबंधित अधिकारी गणो द्वारा किये जाने के उपरान्त आन-लाईन आवेदन करते समय इसको अपलोड किया जाना अनिवार्य होगा, जिसके आधार पर ही मुझे नीट पी0जी0 2020 परीक्षा में प्राप्त अंको में उत्तराखण्ड शासन की नीति अनुसार 10 से 30 प्रतिशत तक अधिमान अंक दिये जायेंगे, जो मुझे स्वीकार्य एवं मान्य होंगे।
तिथि:-

हस्ताक्षर

चिकित्सा अधिकारी का नाम.....
वर्तमान तैनाती का स्थान/कार्यालय.....

**केवल संबंधित मुख्य चिकित्सा अधिकारी/मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/प्रमुख चिकित्सा अधीक्षक
कार्यालय के प्रयोग हेतु:-**

उपरोक्तानुसार डा0..... द्वारा अंकित/प्रस्तुत की गयी कुल दुर्गम सेवा अवधि..... को कार्यालयी अभिलेखों के आधार पर प्रमाणित/सत्यापित किया जाता है।

तिथि:-

हस्ताक्षर

**मुख्य चिकित्सा अधिकारी/मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/
प्रमुख चिकित्सा अधीक्षक का नाम.....**

पद नाम.....

कार्यालय सील.....

**केवल प्राचार्य वीर चन्द्र सिंह गढ़वाली राजकीय आयुर्विज्ञान एवं शोध संस्थान, श्रीनगर गढ़वाल
कार्यालय के प्रयोग हेतु:-**

उपरोक्तानुसार डा0..... द्वारा अनिवार्य सेवा संबंधी बाण्ड अन्तर्गत संस्थान में की गयी कुल दुर्गम सेवा अवधि..... को कार्यालयी अभिलेखों के आधार पर प्रमाणित/सत्यापित किया जाता है।

तिथि:-

हस्ताक्षर

प्राचार्य,

वीर चन्द्र सिंह गढ़वाली राजकीय आयुर्विज्ञान एवं शोध संस्थान, श्रीनगर गढ़वाल

कार्यालय सील.....

**केवल महानिदेशक चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, देहरादून, उत्तराखण्ड कार्यालय के
प्रयोग हेतु:-**

उपरोक्तानुसार डा0..... द्वारा अंकित/प्रस्तुत की गयी कुल दुर्गम सेवा अवधि को **मुख्य चिकित्सा अधिकारी/मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/प्रमुख चिकित्सा अधीक्षक** के प्रमाणीकरण/सत्यापन के आधार पर सत्यापित/प्रतिहस्ताक्षरित किया जाता है।

तिथि:-

हस्ताक्षर

महानिदेशक,

चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, देहरादून, उत्तराखण्ड

कार्यालय सील.....