

**कार्यालय,
असैनिक शल्य चिकित्सक सह मुख्य चिकित्सा पदाधिकारी,
सिमडेगा**

पत्रांक/सिमडेगा, दिनांक

स्वास्थ्य विभाग, सिमडेगा जिलान्तर्गत राष्ट्रीय वेक्टर जनित रोग नियंत्रण कार्यक्रम एवं पुनरीक्षित राष्ट्रीय यक्ष्मा नियंत्रण कार्यक्रम के अन्तर्गत निम्नांकित पदों पर अनुबन्ध के आधार पर सेवा लेने हेतु योग्य उम्मीदवारों से आवेदन पत्र आमंत्रित किये जाते हैं ।

खण्ड – I

क्र० सं० (Sl. No.)	पद का नाम (Name of Post)	रिक्त पदों की संख्या				उम्र (Age)		मासिक मानदेय (Monthly Remuneration)
		अनारक्षित (Unreserved)	अनुसूचित जन जाति (Schedule Tribe)	अनुसूचित जाति (Schedule Caste)	कुल योग (Total)	अनारक्षित (Unreserved)	अनुसूचित जन जाति (Schedule Tribe) / अनुसूचित जाति (Schedule Caste)	
1	एम० पी० डब्ल्यू० (MPW - Multi Purpose Health Worker)	-	3	-	3	-	18 से 40 वर्ष	6000 /- रु
2	एम० टी० एस० (MTS - Malaria Technical Supervisor)	-	3	-	3	-	18 से 40 वर्ष	6825 /- रु POL - 2500 /- रु DA - 1000 /- रु सरकारी निदेश के अनुसार कुल मासिक मानदेय 10325 /- रु
3	एफ० एल० ए० (FLA - Financial & Logistic Assistant)	1	-	-	1	18 से 40 वर्ष	-	8400 /- रु
4	वरीय चिकित्सा पर्यवेक्षक (STS - Senior Treatment Supervisor)	-	1	-	1	-	18 से 62 वर्ष	12000 /- रु ट्राईबल जिलानुसार देय - 1000 /- रु कुल मासिक मानदेय 13000 /- रु
5	प्रयोगशाला प्रावैधिकी (Laboratory Technician)	1	-	-	1	18 से 62 वर्ष	-	8500 /- रु ट्राईबल जिलानुसार देय - 1000 /- रु कुल मासिक मानदेय 9500 /- रु

योग्यता एवं अनुभव :

1. क्रमांक 1 के लिए भौक्षणिक योग्यता 10 + 2 विज्ञान विषय सहित कम से कम द्वितीय श्रेणी उत्तीर्ण । उम्मीदवार पुरुष होना चाहिए ।
2. क्रमांक 2 के लिए भौक्षणिक योग्यता स्नातक बाॅयलॉजी उत्तीर्ण (In the case where a candidate with the desired qualification for MTS is not available any graduate with Science Subject in Class XII or I.Sc. may be considered. Experience Candidate in health related programme shall be given preference. Candidate must have valid two wheeler Driving License for Malaria Technical Supervisor.
3. क्रमांक 3 के लिए भौक्षणिक योग्यता Graduate in Commerce / Qualified SAS Accountant persons who have qualified cash & account training from Institute of Secretarial Training & Management (Minimum of personnel & PG) with minimum 5 yrs. of experience in Accounting, Analysis, Budgeting, Financial Software & Reporting System.
4. क्रमांक 4 के लिए अनिवार्य योग्यता – (क) 10 + 2 (ख) स्नातक कला/विज्ञान (ग) दो पहिया वाहन चलाने की योग्यता (वैध लाईसेन्स सहित) । अधिमान्य/विशेष योग्यता – (क) मान्यता प्राप्त दो वर्षीय टी0 बी0 हेल्थ विजीटर कोर्स एवं संबंधित क्षेत्र में दो वर्षों का कार्यानुभव अथवा (ख) सरकारी मान्यता प्राप्त संस्थान से सामाजिक कार्य (Social Work) अथवा चिकित्सीय सामाजिक कार्य (Medical Social Work) में डिग्री/डिप्लोमा साथ ही संबंधित क्षेत्र में दो वर्षों का कार्यानुभव अथवा (ग) सरकारी मान्यता प्राप्त संस्थान से मल्टी पर्स हेल्थ वर्कर का बुनियादी प्रशिक्षण कोर्स अथवा मान्यता प्राप्त दो वर्षों का सेनेटरी इन्स्पेक्टर कोर्स साथ ही संबंधित क्षेत्र में दो वर्षों का कार्यानुभव एवं (घ) स्थानीय भाशा का ज्ञान साथ ही क्षेत्र में भ्रमण का कार्य ।
5. क्रमांक 5 के लिए अनिवार्य योग्यता –10 +2 in Science with Diploma or Certificate Course in Medical Laboratory Technology or its equivalent. (b) Preferential Qualification – Minimum one year experience in RNTCP Work.

अन्य शर्तें –

1. आवेदक सिमडेगा जिला के निवासी को प्राथमिकता दी जायेगी ।
2. आवेदन विहित प्रपत्र खण्ड II के अनुसार होना चाहिए ।
3. चयनित उम्मीदवार से एक वर्ष के अनुबन्ध पर सेवा ली जायेगी । सेवा संतोशजनक नहीं पाये जाने पर उन्हें सेवा से बिना पूर्व सूचना के हटाया जा सकता है ।
4. उम्मीदवार का चयन पूर्णतः अनुबन्ध आधारित होगा जिसकी नियमित नियुक्ति का दावा मान्य नहीं होगा ।
5. चयनित उम्मीदवार को एक अनुबन्ध प्रपत्र भरकर देना होगा जिसमें कार्य की प्रकृति एवं अन्य भातें निहित होंगी ।
6. सेवा सुदूरवर्ती ग्रामीण एवं कठिन क्षेत्रों में करनी पड़ेगी एवं आवंटित स्वास्थ्य उपकेन्द्र में निवास करना होगा ।

7. चयन के उपरांत अनुबन्ध पत्र पर हस्ताक्षर के समय सक्षम चिकित्सा प्रमाण पत्र उपस्थापित करना होगा ।
8. उम्मीदवार को सक्षम पदाधिकारी द्वारा निर्गत जाति प्रमाण पत्र की अभिप्रमाणित (राजपत्रित पदाधिकारी द्वारा) छाया प्रति संलग्न करना होगा ।
9. उम्मीदवार को आवेदित पद के अनुरूप जन्म तिथि के प्रमाण हेतु मैट्रिकुले इन प्रमाण पत्र, अंकपत्र, जाति प्रमाण पत्र, आवासीय प्रमाण पत्र, अन्य योग्यता संबंधी प्रमाण पत्र, कार्यानुभव संबंधी प्रमाण पत्र, ड्राईविंग लाईसेन्स अथवा अन्य प्रमाण पत्रों की अभिप्रमाणित (राजपत्रित पदाधिकारी द्वारा) प्रति संलग्न करना होगा ।
10. उम्मीदवार एक से अधिक आवेदन कर सकते हैं जिसके लिए अन्य आवेदन प्रपत्र का उपयोग करना होगा ।
11. लिफाफे के उपर आवेदित पद एवं आरक्षण कोटि का स्पष्ट उल्लेख होना चाहिए ।
12. दो रंगीन पासपोर्ट आकार का फोटोग्राफ जिसमें से एक आवेदन प्रपत्र पर चिपका कर अभिप्रमाणित (राजपत्रित पदाधिकारी द्वारा) होना चाहिए एवं दूसरा आवेदन प्रपत्र के साथ नत्थी होना चाहिए ।
13. आवेदन प्राप्ति की अंतिम तिथि 10.07.2013 है निर्धारित तिथि के उपरांत प्राप्त आवेदन स्वीकार नहीं किये जायेंगे ।
14. आवेदन प्रपत्र असैनिक भाल्य चिकित्सक सह मुख्य चिकित्सा पदाधिकारी, सिमडेगा, सदर अस्पताल, सिमडेगा के पते पर निबंधित डाक द्वारा भेजा जाना चाहिए ।
15. त्रुटिपूर्ण आवेदन पत्रों को छंटनी उपरांत सही आवेदन पत्रों की सूची सिविल सर्जन कार्यालय के सूचनापट्ट एवं www.simdega.nic.in पर दी जायेगी ।
16. आवेदन प्रपत्र के साथ 25 रू का डाक टिकट युक्त स्व पता लिफाफा संलग्न करना आवश्यक होगा ।
17. कार्यक्रम को निश्चित समय सीमा में लागू करने एवं उसके सफल संचालन के लिए नियुक्त संबंधी नियमों एवं भातों को विहित एवं संशोधित करने का अधिकार समिति के लिए सुरक्षित रहेगा ।

**असैनिक शल्य चिकित्सक सह
मुख्य चिकित्सा पदाधिकारी
सिमडेगा**

आवेदन – पत्र
(अभ्यर्थी स्वयं भरे)

अनुक्रमांक –
(कार्यालय उपयोग के लिए)

1. आवेदित पद का नाम :
 2. अभ्यर्थी का नाम :
 3. पिता/पति का नाम :
 4. स्थायी पता :
 5. पत्राचार का पता :
 6. जन्म तिथि :
 7. उम्र (दिनांक 30.11.12 को) : वर्ष माह दिन
 8. लिंग : पुरुष / महिला
 9. आरक्षण कोटि : अनुसूचित जाति / अनुसूचित जन जाति

हाल का पासपोर्ट साईज का रंगीन फोटो राजपत्रित पदाधिकारी द्वारा अभिप्रमाणित

10. भौक्षणिक योग्यता :

क्रमांक	परीक्षा का नाम	विश्वविद्यालय/संस्थान का नाम	प्राप्तांक	पूर्णांक	प्राप्तांक का प्रतिशत	विषय

11. अधिमान्य/विशेष योग्यता

क्रमांक	परीक्षा का नाम	विश्वविद्यालय/संस्थान का नाम	प्राप्तांक	पूर्णांक	प्राप्तांक का प्रतिशत	विषय

12. कार्यानुभव :

संस्थान का नाम	पदनाम	कार्य अवधि	वर्ष	कार्य का प्रकार

13. स्थानीय भाषा संबंधी ज्ञान का विवरण –

14. ड्राईविंग लाईसेन्स संबंधी विवरण

लाईसेन्स जारी करने वाले कार्यालय जिला का नाम	लाईसेन्स नम्बर	दिनांक से वैध	एक्सपायरी तिथि

15. अनुलग्नक : 1..... 2..... 3.....
 4..... 5..... 6.....

तिथि / स्थान

(आवेदक का पूर्ण हस्ताक्षर)