अनुबंध / ANNEXURE – III

उम्मीदवारों के बयान और घोषणा

CANDIDATES STATEMENT AND DECLARATION

उम्मीदवार अपनी चिकित्सा जांच करने से पहले नीचे की आवश्यकता अनुसार बयान करना चाहिए और उससे संलग्न घोषणापत्र पर हस्ताक्षर करना चाहिए। उसके ध्यान नीचे नोट में निहित चेतावनी की ओर विशेष रूप से निर्देशित है ।

The candidate must make the statement required below prior to his/ her medical examination and must sign the declaration appended thereto. His/her attention is specially directed to the warning contained in the note below: -

1. अपना पूरा नाम लिखिए (स्पष्ट अक्षरों में)
   State your name in full (in block letters)
2. अपनी उम्र और जन्म स्थान लिखिए
   State your age and place of birth
3. (क) यदि आप को कभी भी, चेचक, रुक रुककर होने वाले या किसी अन्य बुखार , ग्रंथियों की वृद्धी या पीप आना , रक्त का थूकना, अस्थमा, हृदय रोग , फेफड़ों की बीमारी , आमवात के आक्रमण से कमजोरी होना, पथरी की बीमारी हुआ है ?
   (a) Have you ever had small pox, Intermittent or any other fever, Enlargement or suppuration of glands, spitting of blood, asthma, Heart disease, lung disease, fainting attacks rheumatism, appendicitis?
   (ख) किसी भी अन्य बीमारी या दुर्घटना जिस की वजह से बिस्तर पर आराम करने की और मेडिकल या सर्जिकल इलाज के लिए आवश्यकता होती है ?
   (b) Any other disease or accident requiring confinement to bed and medical or surgical treatment?
4. आप ने पिछली बार कब टीका लगाया था ?
   When you were last vaccinated?
5. आप या आपके किसी संबंधों स्कारफुला का खपत , गठिया, दमा, फिट्स, मिर्गी या पागलपन से पीड़ित हो गए हैं ?
   Have you or any of your near relations been afflicted with consumption scarfula, gout, asthma, fits, epilepsy or insanity?
6. अगर आप अधिक काम या किसी अन्य कारण के होने के कारण होरवौसनेस्स के किसी भी रूप से पीड़ित हो गए हैं?
   Have you suffered from any form of horvousness due to over work or any other cause?
7. पिछले 3 वर्षों के भीतर एक चिकित्सा अधिकारी / मेडिकल बोर्ड द्वारा आप की जांच करके क्या आप को सरकार सेवा के लिए अयोग्य घोषित किया गया है ?
   Have you been examined and declared unfit for Govt. service by a Medical Officer /Medical Board, within the last 3 years?

8. अपने परिवार के संबंध में निम्नलिखित विवरण प्रस्तुत करें। / Furnish the following particulars concerning your Family:-

पिता की उम्र,यदि जीवित है तो, और उनके स्वास्थ्य की स्थिति Father's age if living and state of health	पिता की मृत्यु के समय की उम्र और मौत का कारण Father's age at death and cause of death	जीवित भाइयों की संख्या, उनकी उम्र और स्वास्थ्य की स्थिति No. of brothers living, their ages & state of health	मृत भाइयों की संख्या, मृत्यू के समय की उम्र और मृत्यु के कारण No. of brothers dead their age at death and cause of death

(कृपया पृष्ठ पलटिए/ P.T.O.)

माता की उम्र,यदि जीवित है तो, और उनके स्वास्थ्य की स्थिति Mother's age if living and state of health	माता की मृत्यु के समय की उम्र और मौत का कारण Mother's age at death and cause of death	जीवित बहनों की संख्या, उनकी उम्र और स्वास्थ्य की स्थिति No. of sisters living, their ages & state of health	मृत बहनों की संख्या, मृत्यू के समय की उम्र और मृत्यु के कारण No. of sisters dead their age at death and cause of death

मैं घोषणा करता /करती हूं कि उपर्युक्त प्रश्नों के सभी उत्तर मेरी जानकारी और विश्वासके अनुसार सही है ।
I declare all the above answers to be, to the best of my knowledge and belief, correct.

मैं यह भी सत्यनिष्ठा से समर्थन करता /करती हूं कि मुझे किसी भी बीमारी या अन्य हालत के कारण एक विकलांगता प्रमाण पत्र / पेंशन नहीं मिला है ।
I also solemnly affirm that, I have not received a disability certificate /pension on account of any disease or other condition.

उम्मीदवार का हस्ताक्षर
CANDIDATE'S SIGNATURE

मेरी उपस्थिति में हस्ताक्षर किए हैं
SIGNED IN MY PRESENCE

दिनांक / Date:

स्थान / Place:

सील सहित चिकित्सा अधिकारी का हस्ताक्षर
SIGNATURE OF MEDICAL OFFICER WITH SEAL

कार्यालय सील / Office Seal

नोट: - उम्मीदवार ऊपर बयान की सटीकता के लिए जिम्मेदार ठहराया जाएगा। जानबूझकर किसी भी जानकारी को दबा ने के कारण उन्हें नियुक्ति को खोने का, और अगर नियुक्त किया गया है तो, सेवानिवृत्ति भत्ता या उपदान के लिए सभी दावे का अधिकार खो देने का जोखिम उठाना होगा ।

Note: - The candidate will be held responsible for accuracy of the above statement. By the willfully suppressing any information he/she will incur the risk of losing the appointment, and if appointed, of forfeiting all claim to superannuation allowance or gratuity.

चिकित्सा प्रमाण पत्र

MEDICAL CERTIFICATE

मैं इसके द्वारा प्रमाणित करता हूं कि मैंने .....विभाग में रोजगार के लिए एक उम्मीदवार ..... की जांच की है, और ..... को छोड़कर किसी भी रोग (संचारी या अन्यथा) संवैधानिक कमजोरी, या दुर्बलता का खोज नहीं कर सकता, मैं इसको कार्यालय में रोजगार के लिए एक अयोग्यता नहीं मानता हूं। उसकी उम्र उसके स्वयं के बयान के अनुसार .....साल है और आकार से करीब .....साल है।

I hereby certify that, I have examined ……a candidate for employment in the ……..Department, and cannot discover that has any disease (communicable or otherwise) constitutional weakness, or infirmity except ……I do not consider this a disqualification for employment in the office of the …….....His /her age is according to his/her own statement …….years and by appearance about ……years.

दिनांक / Date:

स्थान / Place:

कार्यालय सील / Office Seal

सील सहित चिकित्सा अधिकारी का हस्ताक्षर
Signature of the Medical Officer with seal