

अर्जाचा नमुना

प्रति,
मा. अध्यक्ष,
महाराष्ट्र कौन्सिल ऑफ होमिओपॅथी,
२३५ पेनिनसुला हाऊस, ३ रा मजला,
डॉ. डि. एन. रोड, फोर्ट, मुंबई १

पासपोर्ट
आकाराचा फोटो
चिकटवा तसेच फोटोवर
क्रॉस स्वाक्षरी करावी
.....
उमेदवाराची सही

१) संपूर्ण नांव

| | | |
|-------|--------------|--------------------|
| आडनाव | स्वतःचे नांव | वडिलांचे/पतीचे नाव |
|-------|--------------|--------------------|

२) पत्रव्यवहाराचा पत्ता (पिनकोडसह) :

दूरध्वनी क्र. एसटीडी कोडसह.....
भ्रमणध्वनी क्रमांक

ई-मेल आयडी.....

३) जन्मदिनांक - वर्ष महिना दिवस

४) दि. ३१ डिसेंबर २०१८ रोजीचे वय :- वर्ष महिने दिवस

५) राष्ट्रीयत्व :-
अ) अर्जदार महाराष्ट्राचा रहिवासी आहे काय ? होय () / नाही ()
ब) विवाहित/अविवाहित :- होय () / नाही ()
क) पुरुष () / स्त्री ()

६) शैक्षणिक अर्हता :

| अ.क्र. | शाळेचे/बोर्डाचे/विद्यापीठाचे नांव | उत्तीर्ण केलेल्या परीक्षा | उत्तीर्ण केलेले वर्ष | प्राप्त टक्केवारी |
|--------|-----------------------------------|---------------------------|----------------------|-------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

७) अनुभव व कालावधी -

प्रतिज्ञापत्र

मी श्री/श्रीमती/कुमारी प्रतिज्ञापूर्वक नमूद करतो/करते की, वर नमूद केलेली माहिती पूर्णतः खरी असून प्रमाणपत्रे तपासणीत ती खोटी आढळल्यास मी निवडीसाठी/मुलाखतीसाठी पात्र राहणार नाही. तसेच माझी उमेदवारी नियुक्तीच्या ठिकाणी कोणत्याही टप्प्यावर किंवा नियुक्तीनंतर रद्द करण्यात येईल आणि माझ्याविरुद्ध कायदेशीर कारवाई होईल याची मला जाणीव आहे.

ठिकाण :

दिनांक :

उमेदवाराची स्वाक्षरी