मुख्य कार्यकारी अधिकारी यांचे कार्यालय
जिल्हा परिषद, चंद्रपूर

स्वातंत्र्याचा अमृत महोत्सव · माझी वसुंधरा अभियान · चंद्रपूर

G-mail : dhocha@gmail.com, Website : https://zpchandrapur.maharashtra.gov.in

जाहिरात

जाहिरात क्रमांक /आरोग्य/स्था-1/मान.वैद्य.नियुक्ती/ 680 /2023 मुख्य कार्यकारी अधिकारी यांचे कार्यालय (आरोग्य विभाग), जिल्हा परिषद चंद्रपूर दिनांक 8 / 03 /2023

मा.अतिरिक्त संचालक,आरोग्य सेवा कुटुंब कल्याण माताबाल संगोपन व शालेय आरोग्य विभाग पुणे-1,यांचे पत्र क्रमांक/राकुकका/कक्ष-10(अ) भरारी पथक मार्गदर्शक सूचना 2022-23/24709-51/2022 दिनांक 01/04/2022 मधील सूचनांचे अनुषंगाने आरोग्य विभाग, जिल्हा परिषद चंद्रपूर, अंतर्गत आदीवासी क्षेत्रातील खाली नमुद प्राथमिक आरोग्य केन्द्रा अंतर्गत सन 2023-2024 करीता दिनांक 01/04/2023 ते 31/03/2024 पर्यत भरारी पथकाव्दारे विशेष आरोग्य सेवा जनतेला उपलब्ध व्हावेत या दृष्टीने 05 पदाकरीता खालील प्रमाणे शैक्षणिक अर्हताधारक उमेदवारांकडून आवेदनपत्र (अर्ज) मागविण्यात येत आहे. संबंधित उमेदवारांनी त्यांचे आवेदन पत्र व आवश्यक शैक्षणिक प्रमाणपत्र, जन्म प्रमाणपत्र,महाराष्ट्र राज्याचे अधिवासी असल्याचे प्रमाणपत्र,जात प्रमाणपत्र, जात वैद्यता प्रमाणपत्र व यापूर्वी मानसेवी वैद्यकीय अधिकारी म्हणून काम केले असल्यास अनुभव प्रमाणपत्रांच्या साक्षंकित प्रतीसह दिनांक :- 17 / 03 / 2023 पर्यत जिल्हा आरोग्य अधिकारी, जिल्हा परिषद चंद्रपूर यांचे कार्यालयात सादर करावीत. विहित मुदतीनंतर प्राप्त होणा-या अर्जाचा विचार केल्या जाणार नाही.

अ. क्र.	पदाचेनांव	भरावयाची एकूण पदे	शैक्षणिकअर्हता	भरारी पथकाचे नांव	वयोमर्यादा	मानधन
1	मानसेवी वैद्यकीय अधिकारी	05	बि.ए.एम.एस.	1.प्रा.आ.केन्द्र जिवती अंतर्गत केकेझरी ता.जिवती 2.प्रा.आ.केन्द्र नारंडा अंतर्गत पिपर्डा ता. कोरपना 3.प्रा.आ.केन्द्र खडसंगी अंतर्गत मुरपार ता. चिमुर 4.प्रा.आ.केन्द्र पाटणअंतर्गत हिरापूर ता. जिवती 5.प्रा.आ.केन्द्र मांडवा अंतर्गत परसोडा ता. कोरपना	मागासवर्गीय करीता 43 वर्ष व खुला प्रर्वाकरीता 38 वर्ष	रु.40,000/- प्रति महिना अथवा (शासनाने वेळो वेळी केलेल्या बदलानुसार)

उमेदवारांची निवड ही मा.अतिरिक्त संचालक,आरोग्य सेवा कुटुंब कल्याण माताबाल संगोपन व शालेय आरोग्य विभाग पुणे-1 यांचे पत्र दिनांक 13/03/2018 परिशिष्ठ-ब मधील परिच्छेद क्र.5 मध्ये दिलेल्या मार्गदर्शक सूचनानुसार केवळ गुणाचे आधारे केली जाईल. तसेच निवडीमध्ये यापूर्वी मानसेवी वैद्यकिय अधिकारी म्हणून काम केलेल्या उमेदवारांना प्राधान्य देण्यात येईल.

टिप:- 1) याबाबतची विस्तृत जाहीरात व अर्जाचा नमुना www.zpchandrapur.maharashtra.gov.in या जि.प.चे अधिकृत संकेतस्थळावर उपलब्ध आहेत.

2) उमेदवारांनी आवेदनपत्रात (अर्जामध्ये) संपर्काचा संपूर्ण पत्ता व दुरध्वनी/ मोबाईल क्रमांक नमुद करणे आवश्यक आहे.

3) **या कार्यालयाची जाहिरात दिनांक 07/04/2022 अन्वये ज्या उमेदवारांनी आवेदपत्र(अर्ज) सादर केले आहेत, अश्या उमेदवारांना नव्याने आवेदन (अर्ज) करण्याची आवश्यकता नाही.**

(विवेक जॉनसन,भा.प्र.से)
मुख्य कार्यकारी अधिकारी
जिल्हा परिषद, चंद्रपूर

HEALTH DEPARTMENT ZILLA PARISHAD CHANDRAPUR
(RECRUITMENT MANSEVI MEDICAL OFFICER)

Post applied for -			Recent passport size Photograph
Name in Marathi (Full)			
Fathers / Gardians Name			
Mothers Name			
Fathers/Gardians Occupation			candidate Signature (in box)
Gender		Marital status	
Date of birth		age as on 31/03/2022	
Mother tongue		Mobile No.	
Email-ID			
Corresponding Address			
Corresponding Address in marathi			
Permanent Address in marathi			
Whether Spouse working with govt. Department		Spouse place of working	
Profession of the Spouse			
Cast			
Category			
Non-CreamyLayer Certificate			
Physically Handicapped.			
General information			
Possesses adequate Knowledge to read, write and speak Marathi Language.			
Date of completion of Compulsory Rotating Internship (dd/mm/yyyy)			

Date of Registration (dd/mm/yyyy)		Registration Number		Date of Renewal (if any) dd/mm/yyyy)	
Has Successfully Completed MS-CIT?					
BAMS Year wise Marks					

Year	Obtained Marks	Out of marks
1 st Year		
2 nd Year		
3 rd Year		
4 th Year		
Total		
Percentage Mark in MBBS/BAMS		
Has any other Post Graduate Degree /Diploma in Medical Subject		
Subject		
OTHER Qualfying examination. (PG)		

sr.no	Faculty	programme	Specialization	Board/ University	passing year	class	Total marks	Total out of marks	Percentage

Experience:-

SR.No	Post Held	OrganiZation Name	OrganiZation Address	Nature Appointment	is the office institution owened by Govt.of Maharashtra
1					
2					
3					
4					

Required Documents related above information Attached here with-

sr.no	Documents name	sr.no	Documents name
1		7	
2		8	
3		9	
4		10	
5		11	
6		12	

I hereby declare that all the information furnished by in my application from are true complete and correct to the of my know ledge and behalf .I do understand that I need to obtain and produce all the required original certificate enlisted in the form by me at the time of document verification .I understand that intries made by me in this application form are final and binding on me I further declare that in the event any information being found false or incorrect , I shall be liable for disqualification as mentioned in the notification.

Place			
Date			Signature of the Candidate