

**कार्यालय: निदेशक, कर्मचारी राज्य बीमा योजना, श्रम चिकित्सा सेवाएं,  
उत्तराखंड, मक्कावाला, मसूरी रोड, देहरादून।**

पत्र संख्या: /संविदाचिकित्सक/2015/

दिनांक

**विज्ञप्ति**

श्रम एव सेवायोजन, अनुभाग, उत्तराखंड शासन के शासनादेश संख्या:-224/VIII/14-23(ईएसआई)/2012 दिनांक 04.03.2014 में निहित प्राविधानों के अन्तर्गत कर्मचारी राज्य बीमा योजना, श्रम चिकित्सा सेवाएं, उत्तराखंड के अन्तर्गत संचालित औषधालयों में चिकित्सकों के रिक्त पदों पर संविदा के आधार पर एक वर्ष की अवधि या उत्तराखंड लोक सेवा आयोग से चयन के पश्चात उनके स्थान पर नियमित चिकित्सक की तैनाती होने पर जो भी पहले हो तक के लिए नियत मानदेय रू0 48000/- (रूपये अड़तालीस हजार मात्र) प्रतिमाह के आधार पर तैनाती प्रदान किये जाने हेतु आवेदन पत्र दिनांक 30 सितम्बर, 2015 के सांय-05:00 बजे तक आमंत्रित किये जाते हैं।

क्र0सं0	पदनाम	रिक्तियों की संख्या	न्यूनतम शैक्षिक योग्यता	मानदेय
1.	चिकित्साधिकारी (एलोपैथिक)	जनपद देहरादून-06 पर जनपद हरिद्वार- 04 पद जनपद उधमसिंहनगर-05 पद जनपद नैनीताल-03 जनपद पौड़ी गढ़वाल- 01 पद <b>योग- 19 पद</b>	एम0बी0बी0एस0	रू0 48000/- प्रतिमाह

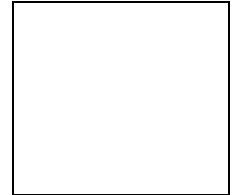
उक्त पदों पर साक्षात्कार दिनांक 05 अक्टूबर, 2015, समय- प्रातः 10:30 बजे, स्थान- आई.आर.डी.टी., महिला आई.टी.आई. परिसर, नियर सर्वे चौक, देहरादून में होगा।

- आयुसीमा का कोई प्रतिबंध नहीं है।
- अभ्यर्थी को भारतीय चिकित्सा परिषद तथा उत्तराखंड चिकित्सा परिषद में पंजीकृत होना आवश्यक है।
- आवेदन पत्र के साथ निम्न संलग्न आवश्यक है:-
  - ✓ शैक्षिक/व्यवसायिक योग्यता से संबंधित समस्त प्रमाण पत्रों की स्वप्रमाणित छायाप्रतियां।
  - ✓ दो पासपोर्ट साईज फोटो।
  - ✓ चरित्र प्रमाण पत्र-दो (राजपत्रित अधिकारियों द्वारा निर्गत जो अभ्यर्थी के सगे संबंधी न हो।)
  - ✓ जाति प्रमाण पत्र (आरक्षित श्रेणी)।
  - ✓ अनुभव प्रमाण पत्र यदि कोई हो।

**निदेशक  
कर्मचारी राज्य बीमा योजना  
श्रम चिकित्सा सेवाएं,  
उत्तराखंड, देहरादून।**

**आवेदन पत्र का प्रारूप**

1. अभ्यर्थी का नाम.....
2. पिता/पति नाम.....
3. जन्म तिथि.....
4. शैक्षिक योग्यता.....
5. क्या अभ्यर्थी आरक्षित श्रेणी का है? हाँ/नहीं.....यदि हाँ तो आरक्षित श्रेणी का नाम.....
6. कार्य का अनुभव.....
7. स्थाई पता.....
8. पत्राचार का पता.....
9. मो0 न0.....
10. अन्य विवरण (यदि हो तो).....  
संलग्नकों की संख्या:-



मैं सत्यनिष्ठा पूर्वक यह घोषणा करता /करती हूँ कि-

1. मेरे द्वारा दी गई उपरोक्त सभी सूचनाएं सत्य हैं। यदि इसमें कोई तथ्य असत्य पाया जाए तो मेरा आवेदन रद्द किया जाए।
2. मेरे चयन होने की स्थिति पर मेरे द्वारा किसी भी स्तर पर संविदा पर की गई सेवा संबंधी लाभ का दावा प्रस्तुत नहीं किया जाएगा।

**अभ्यर्थी के हस्ताक्षर  
दिनांक सहित**

