



Mahatma Jyotirao Phule Jan Arogya Yojana Solapur
Recruitment 2026-27
Application Form



Stick here
latest
photograph
Sign Across

अर्जाचा कार्यालयीन नोंदणी क्रमांक :-

दिनांक : / / २०२६

प्रति,

मा. जिल्हा शल्य चिकित्सक तथा सदस्य सचिव,
महात्मा ज्योतिराव फुले जनआरोग्य योजना, पदभरती निवड समिती,
जिल्हा रुग्णालय, सोलापूर

पदाचे नाव :- कॅथलॅब टेक्नीशियन या पदाकरीता अर्ज.

बँकेचे नाव :- डी.डी. क्रमांक :- डी.डी. रक्कम रु. /-

१) उमेदवारांचे संपूर्ण नाव (देवनागरी) :-

Candidate Name (English Capital) :-

२) उमेदवारांचे बदल असलेले नाव :-

३) उमेदवारांच्या वडील/पती संपूर्ण नाव :-

४) उमेदवारांची जन्म तारीख :- दिवस ... महिना ... वर्ष ...

अक्षरी जन्म तारीख :-

वय :- वर्षे पूर्ण, महिने पूर्ण, दिवस.
(जाहिरात प्रसिध्द झालेल्या दिवशी)

५) उमेदवाराचा पत्ता :-

मोबाईल क्रमांक :-

Email Id :-

(नमुद करणे अनिवार्य)

६) अर्जदाराकडे राहिवाशी प्रमाणपत्र :- आहे / नाही (चुकीच्या पर्यायावर रेष मारणे)

७) अर्जदारकडे जातीचे प्रमाणपत्र :- आहे / नाही (चुकीच्या पर्यायावर रेष मारणे)

जातीचा प्रवर्ग :-

जातीचे नाव :-

अर्जदार अर्ज सादर करत असलेल्या जातीचा प्रवर्ग :-

(नमुद करणे अनिवार्य)

८) अर्जदाराची वैवाहिक परिस्थिती :- विवाहीत / अविवाहीत (चुकीच्या पर्यायावर रेष मारणे)

अर्जदाराकरीता टिप :- अर्ज कार्यालयास जमा केल्याची पोहोच पाहिजे असल्यास, सदरील पानावरील संपूर्ण माहिती भरून झेरॉक्स काढून घेऊन येणे.

(All fields in the *mandatory to be filled Incomplete form submitted will be treated as rejected)

१) पदविका (Diploma) :-

धारण केलेली पदव्युत्तर पदविका	बोर्डचे नाव	उत्तीर्ण वर्ष	मिळालेले गुण	टक्केवारी

२) पदवी (Degree) :-

धारण केलेली पदवी	विद्यापीठाचे नाव	उत्तीर्ण वर्ष	मिळालेले गुण	टक्केवारी

३) पदव्युत्तर पदवी / पदविका (Post Graduation) :-

धारण केलेली पदव्युत्तर पदवी / पदविका	विद्यापीठाचे नाव	उत्तीर्ण वर्ष	मिळालेले गुण	टक्केवारी

४) इतर शैक्षणिक अर्हता :-

अभ्यासक्रम / कोर्स	बोर्ड / विद्यापीठ/संस्थेचे नाव	उत्तीर्ण वर्ष	मिळालेले गुण	टक्केवारी
MSCIT				

५) अनुभव :-

अ. क्र.	कार्यालय / विभाग / संस्थेचे नाव	धारण केलेले पद	कालावधी		
			वर्ष	महिने	दिवस

६) अर्जासोबत खालील प्रती सांक्षकित प्रती जोडलेल्या आहेत.

- | | |
|----------|-----------|
| १) _____ | २) _____ |
| ३) _____ | ४) _____ |
| ५) _____ | ६) _____ |
| ७) _____ | ८) _____ |
| ९) _____ | १०) _____ |

७) वरील नमुद केलेला तपशिल माझ्या माहितीप्रमाणे सत्य आणि बिनचुक आहे. सदर पदाकीरता विहीत केलेली शैक्षणिक अर्हता मी धारण करीत आहे, याची खात्री करुनच हा अर्ज मी करीत आहे, मी असेही प्रमाणित करतो/करते की वर दिलेली माहिती असत्य, अथवा चुकीची किंवा दिशाभूल करणारी आढळल्यास त्यामुळे अपात्र झाल्यास किंवा नोकरी गमावल्यास व त्या अनुषंगाने होणा-या सर्व कारवाईस मी पात्र व बांधील राहिल. त्याबाबतची माझी कोणतीही तक्रार राहणार नाही. तसेच जाहिरातीतील नमुद केलेल्या सर्व अटी व शर्ती मी वाचले असुन मला मान्य आहेत.

ठिकाण :- सोलापुर.

अर्जदार स्वाक्षरी :-

दिनांक :- / /२०२६.

अर्जदाराचे नाव :- _____

लहान कुटूंबांचे प्रमाणपत्र - नमुना अ

मी श्री/श्रीमती/कुमारी _____

श्री. _____

यांचा/यांची

मुलगा/मुलगी/पत्नी

वय वर्षे, राहणार _____

याद्वारे

पुढील प्रमाणे असे जाहीर करतो/करते की,

- १) मी _____ या पदासाठी माझा अर्ज दाखल केलेला आहे.
- २) आज रोजी मला (संख्या) इतकी हयात मुले आहेत. त्यापैकी दिनांक २३ जुलै २०२० यानंतर जन्माला आलेल्या मुलांची संख्या इतकी आहे. (असल्यास जन्म दिनांक १) / /२० . २) / /२० .
- ३) हयात असलेल्या मुलांची संख्या दोनपेक्षा अधिक असेल तर दिनांक २३ जुलै २०२० व तदनंतर जन्माला आलेल्या, मुलामुळे शासकिय नियमानुसार मी या पदासाठी अपात्र ठरेल यांची मला जाणीव आहे.

ठिकाण :- सोलापुर.

अर्जदार स्वाक्षरी :-

दिनांक :- / /२०२६.

अर्जदाराचे नाव :- _____

(टिप :- वरील लहान कुटूंबांचे प्रमाणपत्र सर्व उमेदवारांनी भरावे. उमेदवार अविवाहीत असल्यास, प्रमाणपत्रातील इतर माहिती भरुन अपत्य संख्या शुन्य (०) अथवा निरंक नमुद करावी)