

उम्मेदवार का विवरण और घोषणा
CANDIDATE'S STATEMENT AND DECLARATION

उम्मीदवार को उनके वैद्यकीय परीक्षण के पहले निम्न अपेक्षित विवरण अनिवार्य रूप से देना होगा और इस संलग्न घोषणा पर हस्ताक्षर करना होगा। नीचे टिप्पणी में निहित चेतावनी की और उसका ध्यान विशेष रूप से निर्देशित किया जाता है।

The candidate must make the Statement required below prior to his Medical Examination and must sign the declaration appended thereto. His attention is specially directed to the warning contained in the Note below:

1.	आपका पूरा नाम बताए State your name in full (बड़े अक्षरों में/ In block letters)	<hr/> <hr/>
2.	अपनी उम्र एवं जन्मस्थान बताए State your age and place of birth	<hr/> <hr/>
3 (अ)	क्या आपको कभी बड़ी चेचक आंतरायिक या कोई अन्य ज्वर, फ्लैंडस का विस्तार या संकुचन थूक में खून आना, दमा, हृदयरोग, फफड़े का रोग, अचेतना- दौरा, गडिया, अपेंडिसाइटिस हुआ है ? Have you ever had small pox intermitted or any other fever, enlargement or suppuration of flands, spitting of blood, asthma, heart disease, lung disease, fainting attacks, rheumatism, and appendicitis? या / OR (ब) कोई अन्य रोग या दुर्घटना जिससे बिस्तर पर पड़े रहने और वैद्यकीय या शल्य उपचार अपेक्षित हो ? any other disease or accident requiring confinement to bed and medical or surgical treatment?	
4	आपको आखरी टीका कब लगाया गया ? When you were last vaccinated?	
5	क्या आप या आपके निकट संबंधियों में कोई क्षय रोग (उपभोग) कंठमाला, गठिया, दमा, Have your or any of your near relations been affiliated with consumption, scrofula, gout, asthma, fits, epilepsy or insanity?	
6	क्या आप अधिक श्रम या किसी अन्य कारण से किसी भी प्रकार के नर्वसनेस से पीडित हुए हैं ? Have you suffered from any form of nervousness?	

7	विगत 3 वर्षों में क्या किसी वैद्यकिय अधिकारी /मेडिकल बोर्ड द्वारा परीक्षण के दौरान आपको सरकारी 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 से सम्बन्धित निम्नांकित विवरण प्रस्तुत करें । Furnish the following particulars concerning your family:		
पिता की उम्र अगर जीवित हो तो और स्वास्थ्य स्थिति Father's age, if living And state of health	मृत्यु के समय पिता की उम्र और मृत्यु का कारण Father's age at death and cause of death.	जीवित भाईयों की संख्या, उनके उम्र और स्वास्थ्य स्थिति No. of brother living, their ages & state of health.	मृत भाईयों की संख्या, मृत्यु के समय उनकी उम्र और मृत्यु का कारण No. of Brothers dead, their ages at death & causes of death.
माता की उम्र, अगर जीवित हो तो स्वास्थ्य स्थिति Mother's age, if living And state of health	मृत्यु के समय माता की उम्र और मृत्यु का कारण Mother's age at death and cause of death	जीवित बहनों की संख्या, उनकी उम्र और स्वास्थ्य स्थिति No. of sisters living, their ages & state of health.	मृत बहनों की संख्या, मृत्यु के समय उनकी उम्र और मृत्यु का कारण No. of sisters dead, their ages at death & causes of death.

मैं घोषित करता हूँ कि मेरे विश्वास के अनुसार उपरोक्त सभी जबाब सत्य और सही हैं ।

I declare all the above answers to be, to the best of my belief true and correct.

मैं विधिवत निश्चयपूर्वक बताता हूँ कि मुझे विकलांगता प्रमाणपत्र / किसी बीमारी के कारण या अन्य शर्त पर निवृत्ति वेतन प्राप्त नहीं है ।

I also solemnly affirm that I have not received a disability certificate/ pension on account of any disease or other condition.

मेरी उपस्थिती में हस्ताक्षर:

Signed in my presence:

उम्मीदवार का हस्ताक्षर
Candidate's Signature

वैद्यकिय अधिकारी का हस्ताक्षर:

Signature of medical Officer:

टिप्पणी: उसे नियुक्ति का और अगर नियुक्ति हुई तो उसके सेवानिवृत्त भत्ता तथा उपदान की सभी दावें खत्म होने का खतरा होगा । उपरोक्त कथन की यथार्थता से संबंधित कोई जानकारी जान बुझकर दबाए जाने के लिए उम्मीदवार जिम्मेदार ठहराया जाएगा ।

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

पहचान के लिए विवरण : -

Particulars for Identification of:

1.	नाम: - Name : -	
2.	समुदाय: - Community :	
3.	आवास का पता: - Residential Address :	
4.	पिता का नाम और पता: Father's Name and Address :	
5.	इसवी सन के अनुसार निर्धारित जन्म तिथि: - Date of birth by Christian are as can be ascertained:	
6.	माप पर सही ऊंचाई: - Exact height by measurement :	
7.	पहचान के लिए वैयक्तिक निशान: - Personal marks for identification :	
8.	हस्ताक्षर/ बाए हाथ अंगूठे का छाप श्री/ कु/श्रीमती _____ मेरे सामने लिया गया है । Signature/Left hand thumb impression of : Shri/Kum./Smt. _____ taken in my presence.	

साक्ष्यांकित करनेवाले अधिकारी के हस्ताक्षर:

Signature of the attesting Officer:

पदनाम:

Designation:

में यह प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पूना के भारतीय उष्णदेशीय मौसमविज्ञान संस्थान में नौकरी के लिए उम्मेदवार श्री/कु/श्रीमती _____ का परीक्षण किया है और उनमें _____ को छोड़कर किसी प्रकार का रोग (संसर्गजन्य या अन्य) शारीरिक कमज़ोरी या शारीरिक अवगुण नहीं पहजाना । इसे मैं भारतीय उष्णदेशीय मौसमविज्ञान संस्थान पूना में नौकरी के लिए अयोग्य नहीं समझता हूँ । उसके कथन के अनुसार उनकी उम्र _____ वर्ष है और वे _____ वर्षों के दिखते हैं ।

I hereby certify that I have examined Shri _____ a candidate for employment in the Indian Institute of Tropical Meteorology, Pune, and cannot discover that he has any disease (communicable or otherwise), constitutional weakness or bodily infirmity, except _____. I do not consider this a disqualification for employment in the Indian Institute of Tropical Meteorology, Pune. His age is according to his own statement _____ years, and by appearance about _____ years.

पहचान के लिए निशान -

Marks of identification:-

स्थान: -

Station:-

दिनांक:

Date:-

मेरे सामने प्राप्त उम्मेदवार के हस्ताक्षर
Signature of candidate obtained in
my presence.

सिविल सर्जन /
कार्यभारी वैद्यकिय अधिकारी
Civil Surgeon/ Medical Officer- in charge