



ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ನಗರ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಂಘ, ಬಳ್ಳಾರಿ

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಛೇರಿ, ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅವರಣ, ಅನಂತಪುರರಸ್ತೆ, ಬಳ್ಳಾರಿ

ದೂರವಾಣಿ: 08392-272636

E-Mail ID : cpmballari@gmail.com

ಸಂಖ್ಯೆ:-ಎನ್.ಹೆಚ್.ಎಂ/ಎನ್.ಯು.ಹೆಚ್.ಎಂ/45/2021-22

ದಿನಾಂಕ:-23/02/2022

ಪತ್ರಿಕಾ ಪ್ರಕಟಣೆ

ವಿಷಯ : ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ನಗರ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ 2021-22 ನೇ ಸಾಲಿನಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ವೃಂದದ ಹುದ್ದೆಗಳನ್ನು ನೇಮಕ ಮಾಡಲು ಅರ್ಹ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳಿಂದ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಅಹ್ವಾನಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಈ ಮೇಲ್ಕಾಣಿಸಿದ ವಿಷಯ ಹಾಗೂ ಉಲ್ಲೇಖಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ನಗರ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದಡಿಯಲ್ಲಿ ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ 2021-22ನೇ ಸಾಲಿಗೆ ನಗರ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ವಿವಿಧ ವೃಂದದ ಹುದ್ದೆಗಳನ್ನು ನೇಮಕ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಆಹ್ವಾನಿಸಿದ್ದು, ಅರ್ಹ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳು ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ದಿನಾಂಕ 24/02/2022 ರಿಂದ 05/03/2022ರ ವರೆಗೆ ಜಿಲ್ಲಾ ಎನ್.ಯು.ಹೆಚ್.ಎಂ ಘಟಕ ಇಲ್ಲಿ ಕಛೇರಿ ವೇಳೆಯಲ್ಲಿ ಪಡೆದುಕೊಂಡು, ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ದಾಖಲೆಗಳ ಚೆರಾಕ್ಸ್ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಸ್ವಯಂ ದೃಢೀಕರಿಸಿ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕು ಅಥವಾ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳು ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಂಡು ಅಂಚೆ ಮೂಲಕ ಸಹ ನಿಗದಿತ ದಿನಾಂಕದೊಳಗೆ ಈ ಕಛೇರಿ ವಿಳಾಸಕ್ಕೆ ಸಲ್ಲಿಸಬಹುದು. ದಿನಾಂಕ 08/03/2022ರಂದು ಜಿಲ್ಲಾ ಎನ್.ಯು.ಹೆಚ್.ಎಂ ಘಟಕ ಬಳ್ಳಾರಿ ಇಲ್ಲಿ ಮೂಲ ದಾಖಲಾತಿ ಪರಿಶೀಲನೆಯನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುವುದು, ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳು ಸದರಿ ದಿನದಂದು ಮೂಲ ದಾಖಲಾತಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಹಾಜರಾಗಲು ಸೂಚಿಸಿದೆ. ಮೂಲ ದಾಖಲಾತಿಗಳ ಪರಿಶೀಲನಾ ಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ದಿನಾಂಕ: 10/03/2022ರ ಸಾಯಂಕಾಲ 5:00 ಗಂಟೆಗೆ ಕಛೇರಿಯ ಸೂಚನಾ ಫಲಕದಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಿಸಲಾಗುವುದು ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದಾದರೂ ಆಕ್ಷೇಪಣೆಗಳಿದ್ದಲ್ಲಿ ದಿನಾಂಕ 14/03/2022ರ ಸಂಜೆ 5:00 ರೊಳಗೆ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು. ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಈ ಪತ್ರದೊಂದಿಗೆ ಲಗತ್ತಿಸಿರುವ ಮೀಸಲಾತಿ ಪಟ್ಟಿಯಂತೆ ರೋಸ್ಟರ್ ಹಾಗೂ ಮೆರಿಟ್ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ 371ಜೆ ಮತ್ತು ನಾನ್ 371ಜೆ ಹಾಗೂ ಒಳ ಮೀಸಲಾತಿಯನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಿ ನೇಮಕ ಮಾಡಲಾಗುವುದು. ಹುದ್ದೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ಹಾಗೂ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವ ಅಧಿಕಾರವನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಸಮಿತಿ ಕಾಯ್ದಿರಿಸಿಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ನೇಮಕಾತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಆಯ್ಕೆ ಸಮಿತಿಯ ತೀರ್ಮಾನವೇ ಅಂತಿಮವಾಗಿರುತ್ತದೆ, ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 08392-272636 ಅನ್ನು ಕಛೇರಿ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಂಪರ್ಕಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಸದಸ್ಯ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳು
ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕುಟುಂಬ ಸಂಘ
ಬಳ್ಳಾರಿ

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ನಗರ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ

ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ನಗರ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಖಾಲಿಯಿರುವ ಹುದ್ದೆಗಳ ವಿವರ, ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ ಮತ್ತು ಮಿಸಲಾತಿ ವಿವರ

ಕ್ರ. ಸಂ	ಹುದ್ದೆಗಳ ವಿವರ	ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ	ಮಾಸಿಕ ವೇತನ	ಒಟ್ಟು ಹುದ್ದೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ	ವಯೋಮಿತಿ	ಮಿಸಲಾತಿ						ಷರಾ
						ಎಸ್.ಸಿ		ಎಸ್.ಟಿ		ಸಾ.ಆ		
						371-ಜೆ	ನಾನ್ 371-ಜೆ	371-ಜೆ	ನಾನ್ 371-ಜೆ	371-ಜೆ	ನಾನ್ 371-ಜೆ	
1	Full Time Medical Officer	ಸಾಮಾನ್ಯ ಕರ್ತವ್ಯ ವೈದ್ಯರು (ಎಂ.ಬಿ.ಬಿ.ಎಸ್) ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಇಂಟರ್ನಲ್ ಮೆಡಿಸಿನ್ ಪೂರೈಸಿರಬೇಕು ಹಾಗೂ ಕೆ.ಎಂ.ಸಿ.ಯ ನೋಂದಣಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರತಕ್ಕದ್ದು.	ರೂ. 36,750/-	4	70 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ	ಸಾಮಾನ್ಯ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ-01	ಸಾಮಾನ್ಯ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ-01	ಸಾಮಾನ್ಯ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ-01		ಸಾಮಾನ್ಯ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ-01		
2	Part Time Medical Officer	ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರು/ ಸಾಮಾನ್ಯ ಕರ್ತವ್ಯ ವೈದ್ಯರು (ಎಂ.ಬಿ.ಬಿ.ಎಸ್) ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಇಂಟರ್ನಲ್ ಮೆಡಿಸಿನ್ ಪೂರೈಸಿರಬೇಕು ಹಾಗೂ ಕೆ.ಎಂ.ಸಿ.ಯ ನೋಂದಣಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರತಕ್ಕದ್ದು.	ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರು ಗಂಟೆಗೆ ರೂ. 280/- ಸಾಮಾನ್ಯ ಕರ್ತವ್ಯ ವೈದ್ಯರು ಗಂಟೆಗೆ ರೂ. 280/-	5	40 ವರ್ಷ	-	-	-	-	-	-	

ಸದಸ್ಯ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳು/ಜಿಲ್ಲಾ ಆರ್.ಸಿ.ಹೆಚ್ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು
ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು.ಕ ಸಂಘ
ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆ

ಅರ್ಜಿ ಸಂಖ್ಯೆ :

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ನಗರ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ
ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಂಘ, ಬಳ್ಳಾರಿ.
ಜಿಲ್ಲಾ ಆರ್.ಸಿ.ಹೆಚ್.ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಕಛೇರಿ, ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಆವರಣ, ಅನಂತಪುರ ರಸ್ತೆ, ಬಳ್ಳಾರಿ.
ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ

ಇತ್ತೀಚಿನ
ಭಾವ ಚಿತ್ರ

ಹುದ್ದೆಯ ಹೆಸರು:

1	ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಹೆಸರು (ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು)			
2	ತಂದೆಯ/ಗಂಡನ ಹೆಸರು :			
3	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ/ಲಿಂಗ :	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ:	ಲಿಂಗ:	
4	ಜಾತಿ/ ವರ್ಗ:	ಜಾತಿ:	ವರ್ಗ:	
5	ಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ :			
6	ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ:			
7	ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ :			
	ಮೊದಲನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡೆ:
	ಎರಡನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡೆ:
	ಮೂರನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡೆ:
	ಒಟ್ಟು ಅಂಕಗಳು :			
8	ಪಿ.ಜಿ / ಡಿಪ್ಲೋಮಾ ಪದವಿ ವಿವರ			
9	ಪಿ.ಜಿ / ಡಿಪ್ಲೋಮಾ ಪದವಿಯ ಅಂಕಗಳು:	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡೆ:
ಲಗತ್ತಿಗಳು:- ಸ್ವಯಂ ದೃಢೀಕರಿಸಿದ ಚೆರಾಕ್ಸ್ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಬೇಕು. ಲಗತ್ತಿಸಿದ ವಿವರವನ್ನು ಇದೆ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ ಎಂದು ನಮೂದಿಸತಕ್ಕದ್ದು. ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ಜೋಡಿಸಿ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.				
ಕ್ರಮ ಸಂ	ವಿವರಗಳು	ಇದೆ	ಇಲ್ಲ	ಷರಾ
1	ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಲ್.ಸಿ. ಅಂಕಪಟ್ಟಿ.			
2	ಪಿ.ಯು.ಸಿ.ಅಂಕಪಟ್ಟಿ.			
3	ಪದವಿ ಅಂಕ ಪಟ್ಟಿ.			
4	ಹೌಸ್‌ಮೆನ್‌ಶಿಪ್/ಇಂಟರ್‌ನಿಶ್ ಪೂರೈಕೆ ಪತ್ರ.			
5	ಪದವಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ.			
6	ವೃತ್ತಿ ನೋಂದಣಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ.			
7	ಪಿ.ಜಿ / ಡಿಪ್ಲೋಮಾ ಅಂಕಪಟ್ಟಿ			
8	ಪಿ.ಜಿ / ಡಿಪ್ಲೋಮಾ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
9	ಜಾತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ.			
10	371(ಜೆ) ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
11	ಗ್ರಾಮೀಣ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ.			
12	ಕನ್ನಡ ಭಾಷಾ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ.			
13	ಮಾಜಿ ಸೈನಿಕ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ.			
14	ಅಂಗವಿಕಲ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
15	ಯೋಜನಾ ನಿರಾಶ್ರಿತ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ.			

ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಸತ್ಯವಾಗಿರುತ್ತವೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

(ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಸಹಿ)