

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು. ಕ. ಸೊಸೈಟಿ (೦), - ಕ್ಷಯ ವಿಭಾಗ,
ಉಡುಪಿ ಜಿಲ್ಲೆ, ಉಡುಪಿ.

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು. ಕ. ಕಛೇರಿ ಹಿಂಭಾಗ ಅಜ್ಜರಕಾಡು- ಉಡುಪಿ- 576101.
ದೂರವಾಣಿ (0820) 2985430

ಸಂಖ್ಯೆ: ಡಿಟಿಸಿ/ಆರ್/ ೧೧ /2022-23

ದಿನಾಂಕ: 28-09-2022

ಪ್ರಕಟಣೆ

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು.ಕ. ಸೊಸೈಟಿ (೦),- ಕ್ಷಯ ವಿಭಾಗ, ಉಡುಪಿ ಜಿಲ್ಲೆ, ಉಡುಪಿ ಇದರಡಿಯಲ್ಲಿ ಪರಿಷ್ಕೃತ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕ್ಷಯರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಡಿ ಈ ಕೆಳಗೆ ನಮೂದಿಸಿರುವಂತೆ ನೇರ ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಆಹ್ವಾನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆಯನ್ನು Udupi.nic.in ನಲ್ಲಿ ಕೊಡಲಾಗಿದೆ. ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿದ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆಯೊಂದಿಗೆ ಎಲ್ಲಾ ಮೂಲ ದಾಖಲಾತಿ ಹಾಗೂ ದೃಢೀಕೃತ ದಾಖಲೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಜಿಲ್ಲಾ ಕ್ಷಯರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಕಛೇರಿ, ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು. ಕ.ಕಛೇರಿ ಹಿಂಭಾಗ, ಅಜ್ಜರಕಾಡು- ಉಡುಪಿ ಇಲ್ಲಿ Walk in interview ಗೆ ದಿನಾಂಕ 06-10-2022 ರಂದು ಪೂರ್ವಾಹ್ನ 10 ಘಂಟೆಯಿಂದ 11-00 ಘಂಟೆಯ ಒಳಗೆ ಹಾಜರಾಗುವುದು. ನಂತರ ಬಂದ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ ಹಾಗೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಕ್ಷಯರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣಾಧಿಕಾರಿಯವರ ಕಛೇರಿಯನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಹುದ್ದೆಯ ವಿವರ ಈ ಕೆಳಗಿನಂತಿದೆ.

ಕ್ರ. ಸಂ.	ಹುದ್ದೆಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ	ಒಟ್ಟು ಹುದ್ದೆ	ವಯೋಮಿತಿ	ಮಾಸಿಕ ವೇತನ	ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ
1	Accountant	1	ಗರಿಷ್ಠ 35 ವರ್ಷ	15697/-	1. Graduate in commerce. 2. Two years of experience in Maintenance of accounts on double entry system in a Recognized institution of Health Department. 3. Experience in working with Accounting Software for at least 2 years.

ವಿ. ಸೂ. :- ಸ್ಥಳೀಯ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳಿಗೆ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಲಾಗುವುದು.

ಸಹಿ/-

ಜಿಲ್ಲಾ ಕ್ಷಯರೋಗ ನಿರ್ಮೂಲನಾಧಿಕಾರಿಗಳು/
ಸದಸ್ಯ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ,
ಆಯ್ಕೆ ಸಮಿತಿ. ಎನ್.ಟಿ.ಇ. ಪಿ.
ಉಡುಪಿ ಜಿಲ್ಲೆ.

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು. ಕ. ಅಧಿಕಾರಿ/ಅಧ್ಯಕ್ಷರು,
ಆಯ್ಕೆ ಸಮಿತಿ. ಎನ್.ಟಿ.ಇ.ಪಿ.
ಉಡುಪಿ ಜಿಲ್ಲೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕ್ಷಯರೋಗ ನಿರ್ಮೂಲನಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಕಛೇರಿ, ಉಡುಪಿ
ಅಕೌಂಟೆಂಟ್ ಹುದ್ದೆಗೆ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ

ಭಾವ ಚಿತ್ರ

ರಿಗೆ,

ಸದಸ್ಯ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳು (ಆಯ್ಕೆ ಸಮಿತಿ)
ಜಿಲ್ಲಾ ಕ್ಷಯರೋಗ ನಿರ್ಮೂಲನಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಕಛೇರಿ,
ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು. ಕ. ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಕಛೇರಿ ಹಿಂಭಾಗ,
ಅಜ್ಜರಕಾಡು ಉಡುಪಿ.

ಮಾನ್ಯರೇ,

ತಮ್ಮ ಅಧಿಸೂಚನೆ ಪ್ರಕಾರ ಸಂಖ್ಯೆ: ಡಿಟಿಸಿ/ಆರ್‌ಎನ್‌ಟಿಸಿಪಿ/99/2022-23 ದಿನಾಂಕ 28-09-2022 ಅನುಸಾರವಾಗಿ **Accountant** ಹುದ್ದೆಗೆ ನೇರ ಗುತ್ತಿಗೆ ಅಧಾರದ ಮೇಲೆ ನೇಮಕಾತಿಗಾಗಿ ನನ್ನ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಈ ಕೆಳಗೆ ಕೇಳಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯೊಂದಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ.

- (ಅ) ಈ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಕೇಳಿರುವ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಪ್ರಶ್ನೆಗೂ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಉತ್ತರಿಸಬೇಕು.
(ಆ) ಕೊಟ್ಟಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯು ಅಪೂರ್ಣವಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ತಿರಸ್ಕರಿಸಲ್ಪಡುವುದು.

1. ಅ. ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಹೆಸರು :
ಆ. ತಂದೆಯ ಹೆಸರು :
ಇ. ಅಂಚೆ ವಿಳಾಸ :
ಈ. ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ :
2. ಅ. ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕ (ದಾಖಲೆ ಪ್ರತಿ ಲಗತ್ತಿಸಿ)
ಆ. ಊರು :
ಇ. ತಾಲೂಕು :
ಈ. ಜಿಲ್ಲೆ :
3. ಪುರುಷರೇ/ಸ್ತ್ರೀಯರೇ :

4. ಅ. ಅನುಸೂಚಿತ ಜಾತಿಗೆ (ಎಸ್.ಸಿ) ಅನುಸೂಚಿತ ಪಂಗಡ (ಎಸ್.ಟಿ) ಗೆ ಸೇರಿದವರೇ (ದಾಖಲೆ ಲಗತ್ತಿಸಿ)
 ಆ. ಪ್ರವರ್ಗ I: II (ಎ): II (ಬಿ): III (ಎ): III (ಬಿ) ಗೆ ಸೇರಿದವರೇ (ದಾಖಲೆ ಲಗತ್ತಿಸಿ)
5. ಅಕೌಂಟೆಂಟ್ ಹುದ್ದೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯ ಅನುಭವ (ವರ್ಷ ಹಾಗೂ ತಿಂಗಳಿನಲ್ಲಿ) ದಾಖಲೆ ಲಗತ್ತಿಸಿ:
6. ಕನ್ನಡ ಭಾಷಾ (ದೃಢೀಕೃತ ದಾಖಲೆ ಪ್ರತಿ ಲಗತ್ತಿಸಿ)
7. ಕಂಪ್ಯೂಟರ್ ಜ್ಞಾನದ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಲಗತ್ತಿಸಿ.

ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಅರ್ಹತೆ ಬಗ್ಗೆ ವಿವರ (ದಾಖಲೆ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿ) (10 ನೇ ತರಗತಿಯಿಂದ)

ಕ್ರ.ಸ. ಉತ್ತೀರ್ಣವಾಗಿರುವ ಪರೀಕ್ಷೆ ಉತ್ತೀರ್ಣವಾದ ವರ್ಷ ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕಗಳು ಪಡೆದಿರುವ ಅಂಕಗಳು ಶೇಕಡವಾರು

1

2

3

4

5

6

ನನಗೆ ತಿಳಿದಿರುವಂತೆ, ಮೇಲೆ ಒದಗಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯು ನಿಜವೆಂದು ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವೆಂದು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ
 ಹಾಗೂ ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸಲು ವಿಧಿಸುವ ಎಲ್ಲಾ ಶರತ್ತು ನಿಬಂಧನೆಗಳಿಗೆ
 ಬದ್ಧನಾಗಿರುವುದಾಗಿಯೂ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಸ್ಥಳ :

ದಿನಾಂಕ :

ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಸಹಿ