कार्यालय मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी जिला जशपर छ.ग.

क्रमांक / डी.एम.एफ. / मा.सं. / 2022 / 4678 जशपुर दिनांक :– 05/12/2022

रूचि की अभिव्यक्ति

जिला जशपुर में विशेषज्ञ चिकित्सा अधिकारियों की कमी एवं नवीन सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र सन्ना में डेंटल सर्जन की कमी को ध्यान में रखते हुए एवं चिकित्सा व्यवस्था के सुद्रढीकरण के लिये विशेषज्ञ चिकित्सा अधिकारियों एवं डेंटल सर्जन के रिक्त पदों की पूर्ति हेतु तत्कालीन व्यवस्था के तहत् जिला प्रशासन के जिला खनिज न्यास निधि मद के अंतर्गत संविदा नियुक्ति हेतु दिनांक 5/12/2022 से कार्यालय मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, जशपुर में इच्छुक पात्र उम्मीदवार निर्धारित प्रपत्र में आवेदन पत्र एवं मूल दस्तावेजों के साथ कार्यालय में उपस्थित हो सकते है है। पदों का विवरण निम्नानुसार है :–

स्वास्थ्य संस्थान जिला / विकासखंड	पद नाम	पद संख्या	एक मुश्त मानदेय (राशि रूपयें में)	योग्यता
जिला जशपुर हेतु	सर्जन	01	1,32,000 / –(प्रति माह)	1.MBBS & Post Graduate Degree/Diploma in the Concerned Specialty/Any MCI Recognized Short Term Course Certified 2. Recognized in the Medical Council of India
	स्त्री रोग विशेषज्ञ	01		
सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र सन्ना हेतु	डेंटल सर्जन	01	25,000 / –(प्रति माह)	BDS With Registration in CG Medical Council is Compulsory

नियम एवं शर्ते :–

01. रूचि की अभिव्यक्ति से संबधित समस्त दिशा निर्देश जिले के वेबसाइट www.jashpur.nic.in में उपलब्ध है।
02. उपरोक्त पदों हेतु वेतनमान एकमुश्त देय होगा, किसी भी प्रकार अतिरिक्त भत्ता देय नहीं होगा।
03. अभ्यर्थी का MCI अथवा CG Medical Council में जीवित पंजीयन होना अनिवार्य है।
04. चयनित विशेषज्ञ / चिकित्सकों को पदस्थापना स्थल में नियमित तौर पर निवास कर सेवा देना होगा अन्यथा की स्थिति में सेवा समाप्त कर दिया जायेगा।
05. आयु सीमा दिनांक 01 / 01 / 2022 को न्यूनतम 25 वर्ष एवं अधिकतम 70 वर्ष होना चाहिये। उम्मीदवार को अपनी आयु सत्यापित करने हेतु दसवी / बारहवीं की अंकसूची की छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा जिसमें जन्मतिथि अंकित हो।
06. नियुक्ति पूर्णतः संविदा आधार पर की जावेगी, जिस हेतु अनुबंध संपादित किया जावेगा। सेवाकाल 01 वर्ष होगा, जिसे दोनो पक्षों की सहमति से आगे बढाया जा सकेगा।
07. संविदा के अधीन नियुक्ति व्यक्ति को 01 वर्ष में 18 दिन का आकस्मिक अवकाश एवं 03 दिनों का ऐच्छिक अवकाश की पात्रता होगी। इसके अलावा अन्य किसी भी प्रकार की अवकाश की पात्रता नही होगी।
08. पद पर नियमित नियुक्ति होने, डी.एम.एफ. की स्वीकृति / उपलब्धता न होने, संविदा अवधि समाप्त होने पर नियुक्ति स्वमेव समाप्त हो जावेगी।
09. डी.एम.एफ. मद की राशि प्राप्त होने के पश्चात ही वेतन का भुगतान किया जावेगा।

10. संविदा नियुक्ति नियम के अन्तर्गत सेवाकाल समाप्त होने के पूर्व किसी भी पक्ष द्वारा एक माह का नोटिस अथवा नोटिस के स्थान पर एक माह का वेतन जमा कर/देकर सेवा समाप्त की जा सकती है।
11. संविदा नियुक्ति व्यक्ति छत्तीसगढ सिविल सेवा (आचरण) नियम 1985 से शासित होंगे।
12. संविदा नियुक्त कर्मचारी को सेवा समाप्ति के पश्चात संविदा सेवक के रूप में जितने अवधि तक सेवा दी गई है। उस अवधि के लिये किसी भी पेंशन, उपादान या मृत्यु का लाभ आदि की पात्रता नहीं होगी।
13. संविदा नियुक्ति पर नियुक्त कियें गयें अधिकारी/कर्मचारी के कार्य का मूल्यांकन या गोपनीय प्रतिवेदन लिख जावेगा।कार्य संतोषप्रद न होने की स्थिति में सेवा से पृथक किये जाने हेतु शासकीय पक्ष स्वतंत्र होगा।
14. इन नियमों में नियुक्त कोई भी व्यक्ति निजी प्रेक्टिस नही कर सकेगा। नॉन प्रेक्टिस भत्ता निश्चित एवं समेकित वेतन में शामिल है। उन्हे नॉन प्रेक्टिस भत्ता (NPA) देय नहीं होगा।
15. इन नियमों के अधीन नियुक्त व्यक्तिको किसी भी प्रकार का स्थांन्तरण अथवा स्थान परिर्वतन के हकदार नही होगा।
16. एक माह से अधिक अनाधिकृत रूप से अनुपस्थित पाये जाने पर सेवाएं स्वमेय समाप्त मानी जावेगी।
17. अभ्यार्थी के मूल प्रमाण पत्रों की जांच (सत्यापन) का कार्य कार्यालय द्वारा किया जावेगा। प्रमाण पत्र त्रृटिपूर्ण पायें जाने पर उम्मीदवार का चयन निरस्त किया जा सकेगा।
18. रूचि के अभिव्यक्ति के दौरान किसी भी प्रकार के विवाद या समस्या पर अंतिम निर्णय लिये जाने का अधिकार केवल चयन समिति के पास सुरक्षित होगा।
19. संविदा नियुक्ति चिकित्सक/कर्मचारी को कार्यभार ग्रहण करने के 10 दिन के अंदर जिला मेडिकल बोर्ड से मेडिकल फिटनेस सर्टिफिकेट प्रस्तुत करना होगा। चिकित्सा परिक्षण में योग्य नही पायें जाने पर सेवा समाप्त मानी जावेगी।
20. पदों पर चयन पद पूर्ति होने तक के लिये यह विज्ञापन वैध रहेगी।
21. आवश्कता अनुसार पदों की संख्या में परीर्वतन किया जा सकता है।

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी
जिला जशपुर छ.ग.

आवदेन पत्र

स्व हस्ताक्षरित
पासपोर्ट साईज
फोटो

प्रति,

मुख्य चिकित्सा एंव स्वास्थ्य अधिकारी
जिला जशपुर, छ.ग.
(पद का नाम)................... .... के लिए मै अपना आवेदन प्रस्तुत कर रहा /रही हूँ ।

1. आवेदक का नाम (हिन्दी में) :...

(अंगेजी के कैपिटल अक्षर में) :...

2. पिता/ पति का नाम :...

3. माता का नाम :...

4. (अ) जन्म तिथि (अंको में) : ....(शब्दों में)...

(ब) आयु 01 जनवरी 2022 की स्थिति में : वर्ष .... माह..........................दिन.........................

5. जति (सामान्य/ अनु जाति/ जनजाति/ अ.पि.वर्ग) :..
(सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाण पत्र संलग्न करें)

6. लिंग (पुरुष/ महिला/ अन्य) :..

7. छ.ग. का स्थानीय निवासी है या नहीं :..
(छ.ग. द्वारा जारी प्रमाण पत्र संलग्न करें)

8. क्या आप विकलांग /भूतपूर्व सैनिक श्रेणी के हैं :..
1. विकलांगता का प्रतिशत एवं प्रकार :..
2. भूतपूर्व सैनिक हां/ नहीं :..
(सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाण पत्र संलग्न करें)

9. स्थायी निवास का पता :...
:...
:...
:...

10. वर्तमान पत्र व्यवहार का पता :...
:...
:...
:...

11. शैक्षणिक योग्यता :– (वांछित शैक्षणिक योग्यता का ही विवरण भरा जावे)

शैक्षधिक योग्यता की जानकारी गल/अधूरा भरा जाने पद आवेदन निरस्त किया जावेगा।

क	परीक्षा का नाम	बोर्ड / विश्वविद्यालय का नाम	उत्तीर्ण परीक्षा का वर्ष	उत्तीर्ण परीक्षा के सभी वर्षो का पूर्णक	उत्तीर्ण परीक्षा के सभी वर्षो का प्राप्तांक	प्रतिशत

12. अनुभव विवरण

क्र.	कार्यालय का नाम	पद नाम	कार्यवधि	रिमार्क

13. क्या आप विवाहित है (हां / नहीं)................

14. संलग्न सत्यापित प्रमाण पत्रों की सूची व संख्या................

1. दसवीं / बारहवीं की अंकसूची अथवा जन्म प्रमाण पत्र
2. शैक्षणिक योग्यता की अंकसूची (सभी वर्षो का)
3. जाति प्रमाण पत्र
4. मूल निवास प्रमाण पत्र
5. विकलांक प्रमाण पत्र
6. भूतपूर्व सैनिक / स्वतंत्रता संग्राम सेनानी से संबंधत प्रमाण पत्र
7. संबधित कौंसिल का पंजीयन प्रमाण पत्र
8. अन्य

–घोषणा पत्र–

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन पत्र में दी गई जानकारी पूर्णतः सत्य एवं पूर्ण है जो किसी भी स्थिति में असत्य पाये जाने पर मेरी उम्मीदवारी निरस्त हो जावेगी तथा भर्ती संबंधी मेरे सभी दावे समाप्त हो जाएंगे।

स्थान.................

दिनांक...............

आवेदक के हस्ताक्षर

नाम..

पूर्ण पता..