

जिला ग्रामीण स्वास्थ्य समिति, देवघर

विज्ञापन

काल सेंटर आपरेटर के पद हेतु आवेदन आमंत्रण

जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम के अंतर्गत जिला स्तर पर संचालित ममता वाहन काल सेंटर आपरेटर के पद पर अनुबंध के आधार पर नियुक्ति के लिये सुयोग्य उम्मीदवारों से आवेदन पत्र आमंत्रित किये जाते हैं। सभी नियुक्तियां जिला स्वास्थ्य समिति के अंतर्गत होगी। पदों की संख्या एवं मानदेय निम्नांकित होंगे।

पद का नाम	रिक्त पदों की संख्या	एकमुश्त मानदेय(प्रतिमाह)
काल सेंटर आपरेटर	02	9000

- न्यूनतम शैक्षणिक योग्यता एवं अर्हता-:
 - न्यूनतम शैक्षणिक योग्यता स्नातक एवं कंप्यूटर में एक वर्ष तक का डिप्लोमा।
 - आयु सीमा 31.08.2017 तक न्यूनतम 18 वर्ष अधिकतम 35 वर्ष।
- अन्य शर्त
 - नियुक्ति अनुबंध के आधार पर 1 वर्ष के लिये होगी। कार्य संतोषजनक होने पर अनुबंध का विस्तार किया जाएगा।
 - झारखंड सरकार के नियमानुसार जिले का रीस्टर लागू होगा।
 - एक अभ्यर्थी द्वारा एक ही आवेदन स्वीकार्य होगा।
 - योग्यता जांच एवं प्रमाण पत्र सत्यापन के लिये कोई भी यात्र भत्ता देय नहीं होगा।
 - जिला स्वास्थ्य समिति, देवघर किसी भी समय उपरोक्त पद को रद्द करने का अधिकार सुरक्षित रखता है।
 - व्यव प्रक्रिया में किसी भी समय आवेदक द्वारा गलत प्रमाण पत्र/ अपूर्ण अर्हता पाए जाने पर आवेदन रद्द कर दी जाएगी।
 - घयन से संबंधित व्यक्तिगत प्रश्नों एवं पत्राचार का जवाब नहीं दिया जाएगा।
 - आवेदन पत्र के साथ एव स्वपता लिखित लिफाफा 5/- का डाक टिकट के साथ अवश्य दे।
 - बिहल प्रपत्र में पूर्ण रूप से साफ अक्षरों में भरे आवेदन पत्र सिविल सर्जन सह मुख्य चि० पदा० कार्यालय, झौसागढ़ी देवघर के पते पर स्वअभिप्रमाणित सर्टिफिकेट की छाया प्रति निर्बंधित डाक द्वारा दिनांक 20.09.2017 तक भेजे।
 - आवेदन का प्रपत्र के वेबसाइट www.nic.deoghar.jh में उपलब्ध है।

(सिविल सर्जन सह मु० चि० पदा०, देवघर)

जिला ग्रामीण स्वास्थ्य समिति देवधर

आवेदन पत्र प्रारूप

विज्ञापन क्रमांक _____

जिला : _____

उम्मीदवार का विवरण -

पासपोर्ट फोटो

पूरा नाम		लिंग (पुरुष / महिला)	पुरुष <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/>
पिता का नाम		शाशरिक्त विकलांगता	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
जन्म तिथि		श्रेणी / वर्ग	General <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> OBC <input type="checkbox"/>
फोन नंबर (STD कोड सहित)		मोबाइल नं०	
ई-मेल (यदि उपलब्ध है तो)		रोजगार कार्यालय द्वारा जारी पंजीकरण क्रमांक (यदि उपलब्ध हो)	
जन्म स्थान			

नोट -

- शाशरिक्त रूप से विकलांग उम्मीदवार उपयुक्त पदाधिकारी द्वारा जारी किये गये प्रमाण पत्र की फोटो कॉपी संलग्न करें।
- आरक्षित वर्ग (SC, ST, OBC) के उम्मीदवार उपयुक्त पदाधिकारी द्वारा जारी किये गए जाति प्रमाण पत्र की फोटो कॉपी संलग्न करें।

पता -

पत्र व्यवहार के लिए	स्थायी पता

Education details (प्रमाण पत्रों की स्वयं-सत्यापित की गयी फोटो कॉपी संलग्न करें)

उत्तीण परीक्षा	संकाय / विषय (कला वाणिज्य विज्ञान)	बोर्ड विश्वविद्यालय	उत्तीण करने का वर्ष	प्रतिशत
स्नातकोत्तर				
स्नातक				
उच्च माध्यमिक (12वीं कक्षा)				
अन्य विवरण दें - डिप्लोमा या प्रमाण पत्र कोर्स या अन्य व्यवसायिक कोर्स				

कंप्यूटर शिक्षा

सॉफ्टवेयर	जनकारी	हाँ <input type="checkbox"/>	नहीं <input type="checkbox"/>
माइक्रोसाफ्ट ऑफिस, एक्सल, पाँवर पॉइंट	हाँ <input type="checkbox"/>	नहीं <input type="checkbox"/>	
कंप्यूटर में कोई डिप्लोमा या प्रमाण पत्र	हाँ <input type="checkbox"/>	नहीं <input type="checkbox"/>	
यदि हाँ तो शैक्षणिक योग्यता वाले भाग में इसका विवरण दें			

कार्य अनुभव

क्रमांक संख्या	संस्था	पद	कार्य	अनुभव (साल व महीने) उदाहरण दो साल दो महीने
01.				
02.				
03.				

अन्य विवरण -

विवरण	सही हो तो चिन्हित करें
सामुदायिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में कार्य करने का अनुभव	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
अंग्रेजी का व्यवहारिक ज्ञान	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
हिंदी में दक्षता	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
स्थानीय भाषा में दक्षता	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>

प्रमाणीकरण

मैं, अधोलिखित हस्ताक्षरी, ये प्रमाणित करता/करती हूँ कि इस आवेदन पत्र में प्रस्तुत, मेरी शैक्षणिक योग्यता व कार्य अनुभव से संबंधित जानकारी मेरे अनुसार सही है। मैं यह समझता/समझती हूँ कि Call Center में रात की पारी में भी कार्य करना होगा और मैं यदि चयनित होता/होती हूँ तो मैं रात की पारी में काम करने के लिए तैयार हूँ। मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि मैंने कोई भी मूल प्रमाण पत्र संलग्न नहीं किया है। मैं यह पुष्टि करता/करती हूँ कि झारखंड सरकार या अन्य कोई एजेंसी मूल प्रमाण पत्र (यदि संलग्न किया हो तो) की हानि के लिए उत्तरदायी नहीं होगा।

अनुलग्नकों की सूची

- 1
- 2
- 3

उम्मीदवार का हस्ताक्षर

दिनांक
स्थान

Handwritten mark