

ਵਿਗਿਆਪਨ ਨੰ: ਸੀਆਰਏ 316/26 ਅਧੀਨ ਜੂਨੀਅਰ ਇੰਜੀਨੀਅਰ/ਇਲੈਕਟ੍ਰੀਕਲ ਦੀ ਆਸਾਮੀ ਲਈ ਵਿਗਿਆਪਨ ਵਿਚ ਦਰਸਾਈ ਯੋਗਤਾ ਅਨੁਸਾਰ ਉਮੀਦਵਾਰ ਵੱਲੋਂ ਕਮੇਟੀ ਸਨਮੁੱਖ ਖੁਦ ਪੇਸ਼ ਹੋ ਕੇ ਵਿਦਿਅਕ ਯੋਗਤਾ ਅਤੇ ਹੋਰ ਅਸਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ/ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਜਾਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ :-

ੳ) ਪਾਸਪੋਰਟ ਸਾਈਜ਼ ਦੀ ਇਕ ਨਵੀਂ Coloured ਫੋਟੋ।

ਅ) ਜਨਮ ਮਿਤੀ ਦਾ ਸਬੂਤ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਜਨਮ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ, ਮੈਟ੍ਰਿਕ/10ਵੀਂ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਆਦਿ।

ੲ) ਮੈਟ੍ਰਿਕ ਪੱਧਰ/10ਵੀਂ ਪੱਧਰ ਦੀ ਘੱਟੋਂ ਘੱਟ ਪੰਜਾਬੀ ਪਾਸ ਕਰਨ ਦੇ ਸਬੂਤ ਵਜੋਂ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਜੋ ਕਿ ਕਿਸੇ ਸਿੱਖਿਆ ਬੋਰਡ ਜਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਭਾਗ, ਪੰਜਾਬ ਸਰਕਾਰ ਤੋਂ ਜਾਰੀ ਹੋਵੇ।

ਸ) ਵਿਗਿਆਪਨ ਵਿੱਚ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕੀਤੀ ਵਿਦਿਅਕ ਯੋਗਤਾ ਅਨੁਸਾਰ ਪਾਸ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਅਤੇ ਡੀ.ਐਮ.ਸੀ।

ਹ) Valid photo identity proof i.e employee ID (Govt.), Driving license, Voter card, Aadhar Card and Passport issued by Govt. authorities.

ਕ) ਅਨੁਸੂਚਿਤ ਜਾਤੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਨੇ ਅਨੁਸੂਚਿਤ ਜਾਤੀ ਦਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਪੇਸ਼ ਕਰਨਾ ਹੈ ਜੋ ਕਿ ਇਸ ਸਬੰਧੀ ਪੰਜਾਬ ਸਰਕਾਰ ਵੱਲੋਂ ਨਾਮਜ਼ਦ ਕੀਤੇ ਗਏ ਅਧਿਕਾਰੀਆਂ ਵੱਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਜਿੰਨਾਂ ਕੋਲ ਇਹ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਅਥਾਰਟੀ ਹੋਵੇ। ਇਸ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਤੇ ਜਾਰੀ ਕਰਤਾ ਦਫਤਰ ਦੀ ਸਟੈਂਪ ਅਤੇ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ/ਨੰਬਰ ਵੀ ਦਰਸਾਇਆ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਖ) ਪੱਛੜੀ ਸ਼੍ਰੇਣੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਉਮੀਦਵਾਰ ਪੰਜਾਬ ਸਰਕਾਰ ਰਾਹੀਂ ਘੋਸ਼ਿਤ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਪੱਛੜੀਆਂ ਜਾਤੀਆਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਜੋ ਕਿ ਇਸ ਸਬੰਧੀ ਪੰਜਾਬ ਸਰਕਾਰ ਵੱਲੋਂ ਨਾਮਜ਼ਦ ਕੀਤੇ ਗਏ ਅਧਿਕਾਰੀਆਂ ਵੱਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਜਿੰਨਾਂ ਕੋਲ ਇਹ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਅਥਾਰਟੀ ਹੋਵੇ ਅਤੇ Creamy layer ਵਿੱਚ ਨਾ ਹੋਣ ਸਬੰਧੀ ਸਵੈ ਘੋਸ਼ਣਾ (ਅਨੈਕਸਚਰ-A)

ਗ) ਸਾਬਕਾ ਫੌਜੀ ਖੁਦ ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਬਚਿਆਂ ਲਈ:-

1) ਸਾਬਕਾ ਫੌਜੀ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਹੋਈ ਅਸਲ ਡਿਸਚਾਰਜ ਬੁੱਕ

2) ਜ਼ਿਲਾ ਸੈਨਿਕ ਭਲਾਈ ਅਫਸਰ ਵੱਲੋਂ ਸੀ.ਆਰ.ਏ 316/26 ਅਧੀਨ ਜੂਨੀਅਰ ਇੰਜੀਨੀਅਰ/ਇਲੈਕਟ੍ਰੀਕਲ ਆਸਾਮੀ ਲਈ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਐਲ.ਡੀ.ਸੀ

ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਜਾਂ ਐਕਸ-ਸਰਵਿਸਮੈਨ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ

3) ਸਾਬਕਾ ਫੌਜੀ ਦੇ ਆਸ਼ਰਿਤ ਬੱਚੇ ਵੱਲੋਂ ਹਲਫੀਆਂ ਬਿਆਨ (ਨਮੂਨਾ ਅਨੈਕਸਚਰ-B-1 ਅਤੇ ਅਨੈਕਸਚਰ- B-2)

ਘ) ਸੁਤੰਤਰਤਾ ਸੰਗਰਾਮੀ ਦੇ ਪੁੱਤਰ/ਪੋਤਰੇ/ਪੋਤਰੀਆਂ/ਦੌਹਤਰੇ/ਦੋਹਤਰੀਆਂ ਵਾਲੇ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਲਈ:-

ਇਸ ਕੈਟਾਗਰੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਨੂੰ ਸਬੰਧਤ ਡਿਪਟੀ ਕਮਿਸ਼ਨਰ ਵੱਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਅਸਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਪੇਸ਼ ਕਰਨਾ ਹੋਵੇਗਾ ਅਤੇ ਪੰਜਾਬ ਸਰਕਾਰ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਹੇ ਪੈਨਸ਼ਨ ਵਜੋਂ ਸਬੂਤ ਪੇਸ਼ ਕਰਨਾ ਹੋਵੇਗਾ।

ਙ) ਖਿਡਾਰੀ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਲਈ:-

ਇਸ ਕੈਟਾਗਰੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਉਮੀਦਵਾਰ ਨੂੰ ਡਾਇਰੈਕਟਰ ਸਪੋਰਟਸ, ਪੰਜਾਬ ਰਾਹੀਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸਪੋਰਟਸ ਗ੍ਰੇਡੇਸ਼ਨ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਨਾਲ ਲੈਕੇ ਆਉਣ।

ਚ) ਅੰਗਰੀਣ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਲਈ:-

ਅੰਗਰੀਣ ਉਮੀਦਵਾਰ ਅੰਗਰੀਣਤਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਜੋ ਕਿ **ਅਨੈਕਸਚਰ- C** ਅਨੁਸਾਰ ਮੈਡੀਕਲ ਬੋਰਡ ਵੱਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਅਪੰਗਤਾ ਘੱਟੋ ਘੱਟ 40% ਹੋਵੇ, ਪੇਸ਼ ਕਰਨਗੇ। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਇਕ ਫੋਟੋ (5 X 7 ਇੰਚ ਦੇ ਸਾਈਜ਼ ਦੇ) ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਅਪੰਗਤਾ ਸਾਫ਼ ਅਤੇ ਸਪਸ਼ਟ ਦਿੱਸਦੀ ਹੋਵੇ, ਨਾਲ ਲੈ ਕੇ ਆਉਣੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।

ਨੋਟ:-

- 1 ਹਰੇਕ ਰਿਜ਼ਰਵ ਕੈਟਾਗਰੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਉਮੀਦਵਾਰ ਵੱਲੋਂ ਪੰਜਾਬ ਰੈਜੀਡੈਂਸੀ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ, ਜਨਮ ਤੇ ਅਧਾਰਿਤ (Residence by Birth) ਪੇਸ਼ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੋਵੇਗਾ ਜੋ ਕਿ ਮਿਤੀ 01.01.26 ਤੋਂ ਪੁਰਾਣਾ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ।
- 2 ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਚੈਕਿੰਗ ਤੇ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਅਸਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟਾਂ/ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਇਕ ਇਕ ਫੋਟੋ ਕਾਪੀ ਵੀ ਉਮੀਦਵਾਰ ਨਾਲ ਲੈ ਕੇ ਆਉਣ।
3. ਜੇਕਰ ਉਮੀਦਵਾਰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਚੈਕਿੰਗ ਸਮੇਂ ਲੋੜੀਂਦੇ ਵਿਦਿਅਕ ਯੋਗਤਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਮੁਕੰਮਲ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਪੇਸ਼ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਤਾਂ ਪੀਐਸਪੀਸੀਐਲ ਵੱਲੋਂ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਪਾਤਰਤਾ ਰੱਦ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

**ਭਰਤੀ/ਦਾਖਲੇ ਸਮੇਂ ਲਏ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਪੱਛੜੀ ਸ਼੍ਰੇਣੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਵਿਅਕਤੀ ਤੋਂ ਲਏ ਜਾਣ ਵਾਲੇ
ਸਵੈ-ਘੋਸ਼ਣਾ ਪੱਤਰ ਦਾ ਪ੍ਰਫਾਰਮਾ**

1. ਮੈਂ.....ਪੁੱਤਰ/ਪੁੱਤਰੀ ਸ੍ਰੀ.....ਵਾਸੀ.....ਪਿੰਡ
/ਕਸਬਾ/ਸ਼ਹਿਰ ਜਿਲ੍ਹਾ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ.....
ਜਾਤੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧ ਰੱਖਦਾ/ਰੱਖਦੀ ਹਾਂ ਤੇ ਇਹ ਜਾਤੀ ਪੰਜਾਬ ਸਰਕਾਰ ਵੱਲੋਂ ਪੱਤਰ ਨੰ
ਮਿਤੀਰਾਹੀਂ ਪੱਛੜੀ ਸ਼੍ਰੇਣੀ ਕਰਾਰ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ।
2. ਮੈਂ ਇਹ ਵੀ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਪੰਜਾਬ ਸਰਕਾਰ ਵੱਲੋਂ ਜਾਰੀ ਹਦਾਇਤਾਂ ਨੰ1/41/93-
ਰਸ1/459, ਮਿਤੀ 17.01.1994, ਜਿਸ ਨੂੰ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਪੱਤਰ ਮਿਤੀ 1/41/93-ਰਸ1/1597 ਮਿਤੀ 17.08.2005,
ਮਿਤੀ 1/41/93-ਰਸ1/209, ਮਿਤੀ 4.02.2009 ਅਤੇ ਪੱਤਰ ਨੰ: 1/41/93-ਰਸ1/609 ਮਿਤੀ 24.10.2013 ਨਾਲ
ਸੋਧਿਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਦੀ ਅਨੁਸੂਚਿਤ ਵਿੱਚ ਦਰਜ ਕਾਲਮ 3 ਦੇ ਅਧੀਨ ਨਹੀਂ ਆਉਂਦਾ।

ਸਥਾਨ:

ਮਿਤੀ:

ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਤਾ

ਵੈਰੀਫਿਕੇਸ਼ਨ:-

ਮੈਂ ਇੱਥੇ ਇਹ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੇਰੀ ਸਮਝ ਅਨੁਸਾਰ ਸਹੀ
ਵਾ ਦਰੁਸਤ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਵੀ ਛੁਪਾਇਆ ਨਹੀਂ ਗਿਆ ਹੈ। ਮੈਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਤੱਥਾਂ ਤੋਂ ਜਾਣੂ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇਕਰ ਮੇਰੀ ਕੋਈ ਵੀ
ਦਿੱਤੀ ਸੂਚਨਾ ਗਲਤ ਨਿਕਲਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਮੈਂ ਕਾਨੂੰਨ ਵਿੱਚ ਦਰਜ ਸਜ਼ਾ ਦਾ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋਵਾਂਗਾ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਰਥੀ ਨੂੰ ਇਸ ਸੂਚਨਾ
ਦੇ ਅਧਾਰ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਲਾਭ ਵਾਪਿਸ ਲੈ ਲਏ ਜਾਣਗੇ।

ਸਥਾਨ:

ਮਿਤੀ:

ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਤਾ

AFFIDAVIT

ANNEXURE-'B-1'

Affidavit from Ex-serviceman(Self)

I _____ DOB _____ S/o Sh _____
_____ resident of _____ do hereby solemnly affirm and
declare as under:-

1. That I am Ex-serviceman released vide discharge order
No. _____ dated _____.

2. I have been working in the Army/Air/Force/Navy as _____ from
_____ to _____ and was discharged on
_____ grounds _____.

3. That any other Member of my family have not availed, any concession in respect
of availing post against reserve categories meant for Ex-service-man throughout my
life.

4. That my son/daughter/wife do possess the requisite qualification for the post of
_____ against CRA 303/24.

5. That in the event of the selection for the post of _____ against CRA
303/24, I undertake that any of my dependant will not avail/ take any further
concession/post in Ex-serviceman quota in future.

DEPONENT

I _____ DOB _____ S/o Sh. _____ Solemnly affirm and
declare that my above statement is correct to the best of my knowledge and belief.
Nothing has been concealed in this declaration.

DEPONENT

AFFIDAVIT

ANNEXURE-'B-2'

Affidavit from Ex-serviceman (Dependent)

I _____ DOB _____ S/O _____ Sh _____
_____ resident of _____ do hereby solemnly affirm and
declare as under:-

1. That My Father/Mother/Husband is Ex-serviceman released vide discharge order No. _____ dated _____.
2. He have been working in the Army/Air/Force/Navy as _____ from _____ to _____ and was discharged on _____ grounds _____.
3. That I have not availed any concession in respect of availing post against reserve categories meant for Ex-service-man throughout my life either by me or any other Member of my family.
4. That I do possess the requisite qualification for the post of _____.
5. That in the event of the selection for the post of _____ against CRA 303/24, I undertake that I shall not avail/ take any further concession/post in Ex-Serviceman Quota.

DEPONENT

I _____ DOB _____ S/O _____ Sh. _____ Solemnly
affirm declare that my above statement is correct to the best of my knowledge and
belief. Nothing has been concealed in this declaration.

DEPONENT

FORMAT OF MEDICAL CERTIFICATE FOR PERSON WITH DIABILITY (PwD)**NAME AND ADDRESS OF THE INSTITUTE/HOSPITAL:** _____

Certificate No. _____ Date: _____

1. This is to certify that Smt./Shri Kum _____
 son/daughter of Shri _____ age _____
 Male/Female having identification marks as below:
 is suffering from permanent disability of following category.

A. Locomotor or cerebral palsy:

- (i) BL - Both legs affected but not arms
 (ii) BA- Both arms affected: a) impaired reach b) Weakness of grip
 (iii) OL-One leg affected (right or left) a): impaired reach b) Weakness of grip c) Ataxic
 (iv) OA- One arm affected (right or left): a) impaired reach b) Weakness of grip c) Ataxic
 (v) BH- Stiff Back and hips (cannot sit or stoop)
 (vi) MW- Muscular Weakness and limited physical endurance.
 (vii) _____
 (viii) _____

B. Blindness or Low Vision: (i) B-Blind (ii) PB- Partially Blind

C. Hearing impairment: (i) D-Deaf (ii) PD/HH- Partially Deaf. (Delete the category whichever is not applicable)

2. This condition is progressive/non-progressive/likely to improve/not likely to improve. Reassessment of this case is not recommended/recommended after a period _____ years _____ months.

3. Percentage of disability in his/her case is _____ Percent.

4. Sh./Smt./Kum _____ meets the following physical requirements for discharge of his/her duties:

- | | |
|--|--------|
| i. MF - can perform work by manipulating with fingers. | Yes/No |
| ii. PP - can perform work by pulling and pushing. | Yes/No |
| iii. L - can perform work by lifting. | Yes/No |
| iv. KC - can perform work by kneeling and crouching. | Yes/No |
| v. BN - can perform work by bending. | Yes/No |
| vi. S - can perform work by sitting. | Yes/No |
| vii. ST - can perform work by standing. | Yes/No |
| viii. W - can perform work by walking. | Yes/No |
| ix. SE - can perform work by seeing | Yes/No |
| x. H - can perform work by hearing/speaking. | Yes/No |
| xi. RW - can perform work by reading and writing. | Yes/No |
| xii. C - can perform work by communication. | Yes/No |
| xiii. _____ | Yes/No |
| xiv. _____ | Yes/No |
| xv. _____ | Yes/No |

Paste here your recent color photograph showing the disability. (The photograph should be attested by the Chairperson of the Medical Board.

(Signature of Doctor)

Name:

Registration No.

Member, Medical Board

(Signature of Doctor)

Name:

Registration No.

Member, Medical Board

(Signature of Doctor)

Name:

Registration No.

Member/Chairperson, Medical Board

"Please delete/cancel the words which are not applicable"

Place:

Date:

Counter Signature of the Medical Superintendent/CMO/Head of Hospital (with seal)