

ਪੀ.ਐਸ.ਪੀ.ਸੀ.ਐਲ ਵਲੋਂ ਵਿਗਿਆਪਨ ਨੰ: ਸੀਆਰਏ 312/25 ਅਧੀਨ ਸਹਾਇਕ ਲਾਈਨਮੈਨ ਦੀ ਆਸਾਮੀ ਲਈ ਜਲਦ ਹੀ ਨਤੀਜਾ ਘੋਸ਼ਿਤ ਕਰਕੇ ਆਨਲਾਈਨ ਪ੍ਰੀਖਿਆ ਵਿੱਚੋਂ ਕੁਆਲੀਫਾਈਡ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਦੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਚੈਕਿੰਗ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਹੈ। ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸਹਾਇਕ ਲਾਈਨਮੈਨ ਦੀ ਆਸਾਮੀ ਲਈ ਵਿਗਿਆਪਨ ਵਿੱਚ ਦਰਸਾਈ ਯੋਗਤਾ ਅਨੁਸਾਰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵੱਲੋਂ ਕਮੇਟੀ ਸਨਮੁੱਖ ਖੁਦ ਪੇਸ਼ ਹੋ ਕੇ ਵਿਦਿਅਕ ਯੋਗਤਾ ਦੇ ਅਸਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ/ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ/ਕਮੇਟੀ ਦੀ ਮੰਗ ਅਨੁਸਾਰ ਮੂਲ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਜਾਣ।

ੳ) ਜਨਮ ਮਿਤੀ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਮੈਟ੍ਰਿਕ/10ਵੀਂ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ।

ਅ) 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।

ੲ) ਵਿਗਿਆਪਨ ਵਿੱਚ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਵਿਦਿਅਕ ਯੋਗਤਾ ਅਨੁਸਾਰ ਨੈਸ਼ਨਲ ਅਪ੍ਰੈਟਿਸ਼ਿਪ ਇੰਨ ਲਾਈਨਮੈਨ ਟ੍ਰੇਡ ਵਿੱਚ ਡੀ.ਐਮ.ਸੀ ਅਤੇ ਪਾਸ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ। ਉਮੀਦਵਾਰ ਆਨਲਾਈਨ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਆਖਰੀ ਮਿਤੀ 13.03.2025 ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਨੈਸ਼ਨਲ ਅਪ੍ਰੈਟਿਸ਼ਿਪ ਇੰਨ ਲਾਈਨਮੈਨ ਟ੍ਰੇਡ ਵਿੱਚ ਪਾਸ ਹੋਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।

ਸ) ਅਨੁਸੂਚਿਤ ਜਾਤੀ ਵਿੱਚ ਅਪਲਾਈ ਕੀਤੇ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਵਲੋਂ “ਪੰਜਾਬ ਸਰਕਾਰ ਦੇ ਸਬੰਧਤ ਵਿਭਾਗ ਵਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ” ਅਨੁਸੂਚਿਤ ਜਾਤੀ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਪੇਸ਼ ਕਰਨਾ ਹੈ।

ਹ) ਪੱਛੜੀ ਸ਼੍ਰੇਣੀ ਵਿੱਚ ਅਪਲਾਈ ਕੀਤੇ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਵਲੋਂ “ਪੰਜਾਬ ਸਰਕਾਰ ਦੇ ਸਬੰਧਤ ਵਿਭਾਗ ਵਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਪੱਛੜੀ ਸ਼੍ਰੇਣੀ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਅਤੇ Creamy layer ਵਿੱਚ ਨਾ ਹੋਣ ਸਬੰਧੀ ਸਵੈ ਘੋਸ਼ਣਾ (ਅਨੈਕਸਚਰ ਏ) ਪੇਸ਼ ਕਰਨਾ ਹੈ।

ਕ) ਸਾਬਕਾ ਫੌਜੀ ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਤੋਂ ਨਿਰਭਰ ਬਚਿਆਂ ਲਈ:-

1) ਸਾਬਕਾ ਫੌਜੀ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਹੋਈ ਅਸਲ ਡਿਸਚਾਰਜ ਬੁੱਕ ।

2) ਜ਼ਿਲਾ ਸੈਨਿਕ ਭਲਾਈ ਅਫਸਰ ਵੱਲੋਂ ਸਹਾਇਕ ਲਾਈਨਮੈਨ ਦੀ ਆਸਾਮੀ ਲਈ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਐਲ.ਡੀ.ਸੀ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਜਾਂ ਐਕਸ-ਸਰਵਿਸਮੈਨ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ।

3) ਸਾਬਕਾ ਫੌਜੀ ਅਤੇ ਉਸ ਦੇ ਆਸ਼ਰਿਤ ਬੱਚੇ ਵਲੋਂ ਹਲਫੀਆਂ ਬਿਆਨ (ਨਮੂਨਾ ਅਨੈਕਸਚਰ-ਬੀ-1 ਅਤੇ ਅਨੈਕਸਚਰ ਬੀ-2)

ਖ) ਸੁਤੰਤਰਤਾ ਸੰਗਰਾਮੀ ਦੇ ਪੁੱਤਰ/ਪੋਤਰੇ/ਪੋਤਰੀਆਂ/ਦੋਹਤਰੇ/ਦੋਹਤਰੀਆਂ ਵਾਲੇ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਲਈ:-

ਇਸ ਕੈਟਾਗਰੀ ਵਿੱਚ ਅਪਲਾਈ ਕੀਤੇ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਵਲੋਂ ਸਬੰਧਤ ਡਿਪਟੀ ਕਮਿਸ਼ਨਰ ਵੱਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ “ ਸੁਤੰਤਰਤਾ ਸੰਗਰਾਮੀ ਦਾ ਪੁੱਤਰ, ਪੁੱਤਰੀ, ਪੋਤਰਾ, ਪੋਤਰੀ, ਦੋਹਤਰਾ ਜਾਂ ਦੋਹਤਰੀ ਹੋਣ ਸਬੰਧੀ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ “ ਅਸਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਪੇਸ਼ ਕਰਨਾ ਹੋਵੇਗਾ ਅਤੇ ਪੰਜਾਬ ਸਰਕਾਰ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਹੇ ਪੈਨਸ਼ਨ ਵਜੋਂ ਸਬੂਤ ਪੇਸ਼ ਕਰਨਾ ਹੋਵੇਗਾ।

ਗ) ਖਿਡਾਰੀ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਲਈ:-

ਇਸ ਕੈਟਾਗਰੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਉਮੀਦਵਾਰ ਨੂੰ ਸਬੰਧਤ ਅਧਿਕਾਰੀ ਡਾਇਰੈਕਟਰ ਸਪੋਰਟਸ ਪੰਜਾਬ, ਚੰਡੀਗੜ੍ਹ ਰਾਹੀਂ ਇਸ ਸਬੰਧੀ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਗ੍ਰੇਡੇਸ਼ਨ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਜਿਹੜਾ (ਏ), (ਬੀ) ਅਤੇ (ਸੀ) ਗਰੇਡ ਅਤੇ ਉਸਨੇ ਇਸ ਇਵੈਂਟਸ ਵਿਚ ਪਹਿਲੀ, ਦੂਜੀ, ਤੀਜੀ ਪੁਰਸ਼ਿਸ਼ਨ ਹਾਸਲ ਕੀਤੀ ਹੋਵੇ, ਨਾਲ ਲੈਕੇ ਆਉਣ।

ਘ) ਅੰਗਹੀਣ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਲਈ:-

ਅੰਗਹੀਣ ਉਮੀਦਵਾਰ ਅੰਗਹੀਣਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਜੋ ਕਿ ਮੈਡੀਕਲ ਬੋਰਡ ਵੱਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਅਪੰਗਤਾ ਘੱਟੋ ਘੱਟ 40% ਹੋਵੇ, ਪੇਸ਼ ਕਰਨਗੇ (ਅਨੈਕਸਚਰ ਸੀ)। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਇਕ ਫੋਟੋ ਜਿਸ ਵਿਚ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਅਪੰਗਤਾ ਸਾਫ਼ ਅਤੇ ਸਪਸ਼ਟ ਦਿੱਸਦੀ ਹੋਵੇ, ਨਾਲ ਲੈ ਕੇ ਆਉਣੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।

ਨੋਟ:-

1 ਹਰੇਕ ਰਿਜ਼ਰਵ ਕੈਟਾਗਰੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਉਮੀਦਵਾਰ ਵੱਲੋਂ ਡੋਮੀਸਾਈਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ (ਜਨਮ ਤੇ ਪੰਜਾਬ ਰਾਜ ਦਾ ਵਸਨੀਕ ਹੋਣ ਸਬੰਧੀ) ਪੇਸ਼ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੋਵੇਗਾ ਜੋ ਕਿ ਮਿਤੀ 01.01.24 ਤੋਂ ਪੁਰਾਣਾ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ।

2 ਉਮੀਦਵਾਰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਚੈਕਿੰਗ ਸਮੇਂ ਇਕ ਪਾਸਪੋਰਟ ਸਾਇਜ਼ ਦੀ ਫੋਟੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਚੈਕਿੰਗ ਤੇ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਅਸਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟਾਂ/ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਇਕ ਇਕ ਫੋਟੋ ਕਾਪੀ ਵੀ ਨਾਲ ਲੈ ਕੇ ਆਉਣ।

AFFIDAVIT

ANNEXURE-'B-1'

Affidavit from Ex-serviceman

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
Assistant Lineman against CRA 312/25

5. That in the event of the selection of Assistant Lineman against CRA 312/24 ,
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.
5. That in the event of the selection of Assistant Lineman against CRA 312/25, I undertake that I shall not avail/ take any further concession/post or any of my dependent against reserve category quota/seat for Ex-serviceman in future.

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 DIABILITIES (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:

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

Signature of the candidate

- 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.
- B. Blindness or Low Vision : (i) B-Blind (ii) PB- Partially Blind
- C. Hearing Impairment: (i) D-Deaf (ii) PD- Partially Deaf. (Delete the category whichever is not applicable)
2. This condition is progressive/non-progressive/likely to improve/ not likely to improve. Re-assessment of this case is not recommended/ recommended after a period _____ years _____ months.
3. Percentage of disability in his/ her case is _____ Percent.
4. Smt./Shri/Kum _____ meets the following physical requirement for discharge of his/her duties :

- | | |
|--|--------|
| (i) F – 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) B – 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 |

(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 the words which are not applicable.

Place :

Date:

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