

ਦਫਤਰ: ਮੁੱਖ ਇੰਜੀਨੀਅਰ/ਐਚ.ਆਰ.ਡੀ (ਭਰਤੀ ਭਾਗ), ਹੈਡ ਆਫਿਸ, ਮਾਲਰੋਡ, ਪਟਿਆਲਾ

ਸੀਆਰਏ 293/19 ਅਤੇ 294/19

ਵਿਗਿਆਪਨ ਨੰ: ਸੀਆਰਏ 293/19 ਅਧੀਨ ਮਾਲ ਲੇਖਾਕਾਰ, ਸੁਪਰਡੈਂਟ (ਡਵੀਜ਼ਨਲ ਅਕਾਊਂਟਸ) ਅਤੇ ਹੇਠਲੀ ਸ਼੍ਰੇਣੀ ਕਲਰਕ, ਸੀਆਰਏ 294/19 ਅਧੀਨ ਜੇਈ/ਇਲੈਕ., ਜੇਈ/ਸਿਵਲ ਤੇ ਇਲੈਕਟ੍ਰੀਸ਼ਨ ਗ੍ਰੇਡ-2 ਦੀਆਂ ਆਸਾਮੀਆਂ ਲਈ ਅਸਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ/ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਿਹੜੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਚੈਕਿੰਗ ਕਮੇਟੀ ਸਾਹਮਣੇ ਪੇਸ਼ ਕਰਨੇ ਹਨ:

ਉਪਰੋਕਤ ਵਿਗਿਆਪਨ ਅਧੀਨ ਮਾਲ ਲੇਖਾਕਾਰ, ਸੁਪਰਡੈਂਟ (ਡਵੀਜ਼ਨਲ ਅਕਾਊਂਟਸ) ਅਤੇ ਐਲਡੀਸੀ, ਸੀਆਰਏ 294/19 ਅਧੀਨ ਜੇਈ/ਇਲੈਕ., ਜੇਈ/ਸਿਵਲ ਤੇ ਇਲੈਕਟ੍ਰੀਸ਼ਨ ਗ੍ਰੇਡ-2 ਦੀਆਂ ਆਸਾਮੀਆਂ ਲਈ ਵਿਗਿਆਪਨ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਯੋਗਤਾ ਅਨੁਸਾਰ ਵਿਦਿਅਕ ਯੋਗਤਾ ਦੇ ਅਸਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ/ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅਤੇ ਰਿਜ਼ਰਵੇਸ਼ਨ ਸੰਬੰਧੀ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਮੂਲ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਕਮੇਟੀ ਸਾਹਮਣੇ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਜਾਣ।

ਅਸਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ/ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਿਹੜੇ ਕਮੇਟੀ ਸਾਹਮਣੇ ਪੇਸ਼ ਕਰਨੇ ਹਨ:-

ਵਿਗਿਆਪਨ ਵਿੱਚ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਵਿਦਿਅਕ ਯੋਗਤਾ ਅਨੁਸਾਰ ਹੇਠ ਦਰਸਾਏ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ/ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਜਾਣ:-

- ਜਨਮ ਮਿਤੀ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਮੈਟ੍ਰਿਕ/10ਵੀਂ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ।
- ਮੈਟ੍ਰਿਕ ਪੱਧਰ/10ਵੀਂ ਪੱਧਰ ਦੀ ਘੱਟੋ ਘੱਟ ਪੰਜਾਬੀ ਪਾਸ ਕਰਨ ਦੇ ਸਬੂਤ ਵਜੋਂ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ।
- ਵਿਗਿਆਪਨ ਵਿੱਚ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਵਿਦਿਅਕ ਯੋਗਤਾ ਅਨੁਸਾਰ ਡੀਐਮਸੀ ਅਤੇ ਡਿਗਰੀ/ਪਾਸ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ।
- O Level/120 ਘੰਟਿਆਂ ਦਾ ਕੰਪਿਊਟਰ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ (ਸਿਰਫ ਐਲਡੀਸੀ ਦੀ ਆਸਾਮੀ ਲਈ)।
- ਅਨੁਸੂਚਿਤ ਜਾਤੀ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਨੇ ਸਮਰੱਥ ਅਧਿਕਾਰੀ ਵੱਲੋਂ ਅਨੁਸੂਚਿਤ ਜਾਤੀ ਦਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਪੇਸ਼ ਕਰਨਾ ਹੈ ਜਾਂ ਇਹ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ 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 ਜਾਵੇ (ਨਮੂਨਾ ਅਨੈਕਸਚਰ-ਏ ਅਨੁਸਾਰ)
- ਪੱਛੜੀ ਸ਼੍ਰੇਣੀ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਉਮੀਦਵਾਰ ਪੰਜਾਬ ਸਰਕਾਰ ਰਾਹੀਂ ਘੋਸ਼ਿਤ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਪੱਛੜੀਆਂ ਜਾਤੀਆਂ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਤ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਪੰਜਾਬ ਸਰਕਾਰ ਵੱਲੋਂ ਨਾਮਜ਼ਦ ਕੀਤੇ ਅਧਿਕਾਰੀਆਂ ਵੱਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਹੋਇਆ ਹੋਵੇ, ਪੇਸ਼ ਕਰਨਗੇ, ਜਿੰਨਾਂ ਕੋਲ ਇਹ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਅਥਾਰਟੀ ਹੋਵੇ (ਨਮੂਨਾ ਅਨੈਕਸਚਰ-ਬੀ-1) ਅਤੇ Creamy layer ਵਿੱਚ ਨਾ ਹੋਣ ਸੰਬੰਧੀ ਸਵੈ ਘੋਸ਼ਣਾ (ਅਨੈਕਸਚਰ ਬੀ -2)
- ਸਾਬਕਾ ਫੌਜੀ ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ:-
 - 1) ਸਾਬਕਾ ਫੌਜੀ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਹੋਈ ਅਸਲ ਡਿਸਚਾਰਜ ਬੁੱਕ।
 - 2) ਜਿਲ੍ਹਾ ਸੈਨਿਕ ਭਲਾਈ ਅਫਸਰ ਵੱਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਐਲਡੀਸੀ (Lineal Descendent Certificate)
 - 3) ਸਾਬਕਾ ਫੌਜੀ ਅਤੇ ਉਸ ਦੇ ਆਸਰਿਤ ਬੱਚੇ ਵੱਲੋਂ ਹਲਫੀਆ ਬਿਆਨ (ਨਮੂਨਾ ਅਨੈਕਸਚਰ-ਸੀ-1 ਅਤੇ ਅਨੈਕਸਚਰ-ਸੀ-2)

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

ਇਸ ਕੈਟਾਗਰੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਨੂੰ ਸਬੰਧਤ ਡਿਪਟੀ ਕਮਿਸ਼ਨਰ ਵੱਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਅਸਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਸਮੇਤ ਹਲਫੀਆ ਬਿਆਨ (ਅਨੈਕਸਚਰ-ਡੀ) ਪੇਸ਼ ਕਰਨਾ ਹੋਵੇਗਾ।

- ਖਿਡਾਰੀ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਲਈ:-

ਇਸ ਕੈਟਾਗਰੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਉਮੀਦਵਾਰ ਡਾਇਰੈਕਟਰ ਸਪੋਰਟਸ ਪੰਜਾਬ,ਚੰਡੀਗੜ੍ਹ ਰਾਹੀਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸਪੋਰਟਸ ਗ੍ਰੈਡੇਸ਼ਨ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਨਾਲ ਲੈ ਕੇ ਆਉਣ।

- ਅੰਗਰੀਣ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਲਈ:-

ਅੰਗਰੀਣ ਉਮੀਦਵਾਰ ਅੰਗਰੀਣਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਜੋ ਕਿ ਮੈਡੀਕਲ ਬੋਰਡ ਵੱਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਅਪੰਗਤਾ ਘੱਟੋ ਘੱਟ 40% ਹੋਵੇ, ਪੇਸ਼ ਕਰਨਗੇ (ਅਨੈਕਸਚਰ-ਈ)। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਇਕ ਫੋਟੋ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਅਪੰਗਤਾ ਸਾਫ ਅਤੇ ਸਪਸ਼ਟ ਦਿੱਸਦੀ ਹੋਵੇ, ਨਾਲ ਲੈ ਕੇ ਆਉਣੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।

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।

- ਜਨਰਲ (ਆਮਦਨ ਅਤੇ ਸੰਪਤੀ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ):-

ਪੰਜਾਬ ਸਰਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਹਦਾਇਤਾਂ ਅਨੁਸਾਰ Economically Weaker Section ਉਮੀਦਵਾਰ ਜਨਰਲ (EWS) ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਪੇਸ਼ ਕਰਨਗੇ।

ਨੋਟ:- 1 ਹਰੇਕ ਰਿਜ਼ਰਵ ਕੈਟਾਗਰੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਉਮੀਦਵਾਰ ਵੱਲੋਂ ਡੋਮੀਸਾਈਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ (ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ) ਪੇਸ਼ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੋਵੇਗਾ ਜੋ ਕਿ 01.01.19 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 ਅਸਲ ਫੋਟੋ ਆਈ.ਡੀ. ਸਬੂਤ।

FORM OF CASTE CERTIFICATE FOR SCHEDULED CASTE

It is certified that Sh. /Smt./Kumari _____ Son/ Daughter of
Sh. _____ of village/Town _____
District/Division _____ State of Punjab belongs to _____ Caste
which has been recognized as Scheduled Caste as per "The Constitution (Scheduled Castes)
order, 1950". 1. Sh./Smt./Kumari _____ and/his/her family lives in
village/town _____ District/Division _____ of Punjab State.

Signature _____

Name _____

Designation _____

Office Stamp

Place-----

Date-----

FORM OF CERTIFICATE TO BE PRODUCED BY A CANDIDATE BELONGING TO BACKWARD CLASS IN SUPPORT OF HIS CLAIM

FORM OF CERTIFICATE OF BACKWARD CLASS

This is to certify that Sh./Smt./Kumari_____Son/Daughter of Sh._____Village/Town_____Distt./Divn._____of the State of Punjab belongs to the _____Caste which is recognized as a Backward Class in terms of Punjab Govt. letter No. 1/41/93/RCI/2009 Dated 24.2.2009

2) This is also certified that he/she does not belong to any category of persons/sections mentioned in column 3 of the Schedule to Pb. Govt. Deptt. of Welfare letter No. 1/41/93/RC 1/209 dt. 24.2.09 & letter No. 1/41/93/RC 1/609 dt. 24.10.2013.

3) Sh./Smt./Kumari_____and or his/her family ordinarily reside(s) in village/town_____of Distt./Divn._____of the State of Punjab.

Place

State

Date

Signature-----

Designation-----

(with office seal of the officer concerned)

ANNEXURE-B-2

FORM OF DECLARATION REGARDING BACKWARD CLASS STATUS

I _____ DOB _____ S/O_Sh./Smt./ _____
_____ Resident of _____
_____ belong to backward class (_____ Caste) which has
been declared as backward class by Govt. of Punjab. That no change occurred in my
previous status and I do not fall in the section of creamy layer as per Punjab Govt. letter
No. 1/41/93RC 1/459 dated 17.1.1994 and No. 10/9/2009 RC 1/62 dated 8.1.2010 and
letter No. 1/41/93/RC 1/609 dt. 24.10.2013

Date:

Signature of Applicant

AFFIDAVIT

ANNEXURE-'C-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 _____.
5. That in the event of the selection of _____ 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-'C-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, _____ I undertake that I shall not avail/ take any further concession/post I for me or any of my dependent against reserve category quota/seal 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

ਹਲਫੀਆਂ ਬਿਆਨ

(ਸੁਤੰਤਰਤਾ ਸੰਗਰਾਮੀ ਕੋਟੇ ਦੇ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਲਈ)

ਮੈਂ.....ਪੁੱਤਰ.....

ਵਾਸੀ.....ਦਾ ਹਾਂ। ਜੋ ਕਿ
ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਹਲਫੀਆਂ ਬਿਆਨ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ:-

1. ਇਹ ਕਿ ਮੇਰੇ.....ਸ੍ਰੀ:..... ਜੀ ਸੁਤੰਤਰਤਾ ਸੰਗਰਾਮੀ
ਸਨ।
2. ਇਹ ਕਿ ਉਹ ਪੀ.ਪੀ.ਓ ਨੰ:..... ਪੰਜਾਬ ਸਰਕਾਰ ਤੋਂ ਪੈਨਸ਼ਨ ਲੈਂਦੇ ਹਨ/ਸਨ।
3. ਇਹ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਡੀ.ਸੀ..... ਵਲੋਂ ਸੁਤੰਤਰਤਾ ਸੰਗਰਾਮੀ ਦਾ
..... ਹੋਣ ਦਾ ਜੋ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਦਫਤਰ
ਨੰ:.....ਮਿਤੀ..... ਨੂੰ ਮਿਲਿਆ ਸੀ, ਉਸਦੇ ਅਧਾਰ ਤੇ ਮੈਨੂੰ ਪੰਜਾਬ
ਸਰਕਾਰ, ਭਾਰਤ ਸਰਕਾਰ ਜਾਂ ਅਰਧ ਸਰਕਾਰੀ ਵਿਭਾਗ ਵਿਚੋਂ ਸਬੰਧਤ ਕੋਟੇ ਦੀ ਨੋਕਰੀ ਲੈਣ ਵਿਚ ਪਹਿਲਾਂ
ਕੋਈ ਲਾਭ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ।

ਬਿਆਨ ਕਰਤਾ

ਉਪਰੋਕਤ ਦਿਤਾ ਹਲਫੀਆਂ ਬਿਆਨ ਮੇਰੇ ਇਲਮ ਤੇ ਯਕੀਨ ਮੁਤਾਬਿਕ ਬਿਲਕੁਲ ਸਹੀ ਤੇ ਦਰੁਸਤ ਹੈ
ਅਤੇ ਇਸ ਵਿਚ ਕੁਝ ਵੀ ਲੁਕਾ ਛਿਪਾ ਕੇ ਨਹੀਂ ਰਖਿਆ ਗਿਆ ।

ਮਿਤੀ:-

ਸਥਾਨ

ਬਿਆਨ ਕਰਤਾ

Annexure E

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:
- 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 |

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

(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)