

ਪੰਜਾਬ ਸਟੇਟ ਪਾਵਰ ਕਾਰਪੋਰੇਸ਼ਨ ਲਿਮਿਟਿਡ:

ਵਿਗਿਆਪਨ ਨੰ: ਸੀਆਰਏ 289 ਅਧੀਨ ਸਹਾਇਕ ਲਾਈਨਮੈਨ ਦੀ ਆਸਾਮੀ ਲਈ ਅਸਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ/ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਿਹੜੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਚੈਕਿੰਗ ਕਮੇਟੀ ਸਾਹਮਣੇ ਪੇਸ਼ ਕਰਨੇ ਹਨ

ਉਪਰੋਕਤ ਵਿਗਿਆਪਨ ਅਧੀਨ ਸਹਾਇਕ ਲਾਈਨਮੈਨ ਦੀ ਆਸਾਮੀ ਲਈ ਵਿਗਿਆਪਨ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਯੋਗਤਾ ਅਨੁਸਾਰ ਵਿਦਿਅਕ/ਤਕਨੀਕੀ ਯੋਗਤਾ ਦੇ ਅਸਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ/ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਮੂਲ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਕਮੇਟੀ ਸਾਹਮਣੇ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਜਾਣ।

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

ਸਾਰੇ ਸਬੰਧਤ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਅਰਜ਼ੀਆਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਅੰਤਿਮ ਮਿਤੀ ਭਾਵ 26.12.17 ਤੱਕ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਵਿਗਿਆਪਨ ਵਿੱਚ ਦਰਸਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਅਨੁਸਾਰ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਹੋਣ ਜਿਸ ਤੋਂ ਇਹ ਸਪਸ਼ਟ ਹੋਵੇ ਕਿ ਅਰਜ਼ੀਆਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਅੰਤਿਮ ਮਿਤੀ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਆਸਾਮੀ ਲਈ ਯੋਗ ਸੀ ਅਤੇ ਸਬੰਧਤ ਰਾਖਵਾਂਕਰਨ ਕੈਟਾਗਰੀ ਦਾ ਲਾਭ ਲੈਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਉਸ ਵੇਲੇ ਲੋੜੀਂਦਾ ਸਬੂਤ ਸੀ। ਵਿਗਿਆਪਨ ਵਿੱਚ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਵਿਦਿਅਕ ਅਤੇ ਤਕਨੀਕੀ ਯੋਗਤਾ ਅਨੁਸਾਰ ਹੇਠ ਦਰਸਾਏ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ/ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਜਾਣ:-

ੳ) ਜਨਮ ਮਿਤੀ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਮੈਟ੍ਰਿਕ/10th ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ

ਅ) ਮੈਟ੍ਰਿਕ ਪੱਧਰ/10th ਪੱਧਰ ਦੀ ਘੱਟੋ ਘੱਟ ਪੰਜਾਬੀ ਪਾਸ ਕਰਨ ਦੇ ਸਬੂਤ ਵਜੋਂ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ

ੲ) ਨੈਸ਼ਨਲ ਐਪਰੈਂਟਿਸ਼ਿਪ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਇਨ ਲਾਈਨਮੈਨ ਟ੍ਰੇਡ ਦਾ ਪਾਸ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ(NAC Pass Certificate) ਅਤੇ ਡਿਟੇਲਡ ਮਾਰਕ ਸ਼ੀਟ(Detailed Marks Sheet)

ੳ) ਆਪਣੀ ਪਾਸਪੋਰਟ ਸਾਈਜ਼ ਦੀ ਫੋਟੋ, ਜਿਹੜੀ ਕਿਸੇ ਗਜ਼ਟਿਡ ਅਫਸਰ ਦੁਆਰਾ ਤਸਦੀਕ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੋਵੇ(ਜੇਕਰ ਇਹ ਪਹਿਲਾਂ ਫਾਰਮ ਨਾਲ ਨਾ ਲਗਾਈ ਗਈ ਹੋਵੇ)

ੴ) ਅਨੁਸੂਚਿਤ ਜਾਤੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਨੇ ਉਪ ਮੰਡਲ ਅਫਸਰ/ਸਿਵਲ ਵਲੋਂ ਅਨੁਸੂਚਿਤ ਜਾਤੀ ਦਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਪੇਸ਼ ਕਰਨਾ ਹੈ ਜਾਂ ਇਹ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਪੰਜਾਬ ਸਰਕਾਰ ਵਲੋਂ ਨਾਮਜ਼ਦ ਕੀਤੇ ਗਏ ਅਧਿਕਾਰੀਆਂ ਵਲੋਂ 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-ੲ ਅਨੁਸਾਰ)

ੵ) ਪਛੜੀ ਸ਼੍ਰੇਣੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਉਮੀਦਵਾਰ ਪੰਜਾਬ ਸਰਕਾਰ ਰਾਹੀਂ ਘੋਸ਼ਿਤ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਪਛੜੀਆਂ ਜਾਤੀਆਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਤਾਜ਼ਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਉਪ ਮੰਡਲ ਅਫਸਰ/ਸਿਵਲ ਜਾਂ ਪੰਜਾਬ ਸਰਕਾਰ ਵਲੋਂ

ਨਾਮਜ਼ਦ ਕੀਤੇ ਅਧਿਕਾਰੀਆਂ ਵਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਹੋਇਆ ਹੋਵੇ, ਪੇਸ਼ ਕਰਨਗੇ, ਜਿੰਨਾਂ ਕੋਲ ਇਹ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਅਥਾਰਟੀ ਹੋਵੇ (ਨਮੂਨਾ ਅਨੈਕਸਚਰ-ਬੀ- 1)

- Creamy layer ਵਿੱਚ ਨਾ ਹੋਣ ਸਬੰਧੀ ਸਵੈ ਘੋਸ਼ਣਾ (ਅਨੈਕਸਚਰ ਬੀ -2)

ਖ) ਸਾਬਕਾ ਫੌਜੀ ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਬਚਿਆਂ ਲਈ:-

- 1) ਸਾਬਕਾ ਫੌਜੀ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਹੋਈ ਅਸਲ ਡਿਸਚਾਰਜ ਬੁੱਕ
- 2) ਜ਼ਿਲਾ ਸੈਨਿਕ ਭਲਾਈ ਅਫਸਰ ਵਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਐਲ.ਡੀ.ਸੀ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ
- 3) ਸਾਬਕਾ ਫੌਜੀ ਅਤੇ ਉਸ ਦੇ ਆਸਰਿਤ ਬੱਚੇ ਵਲੋਂ ਹਲਫੀਆਂ ਬਿਆਨ (ਨਮੂਨਾ ਅਨੈਕਸਚਰ-ਸੀ-1 ਅਤੇ ਅਨੈਕਸਚਰ-ਸੀ-2)

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

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

ਘ) ਖਿਡਾਰੀ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਲਈ:-

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

ਙ) ਅੰਗਹੀਣ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਲਈ:-

ਅੰਗਹੀਣ ਉਮੀਦਵਾਰ ਅੰਗਹੀਣਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਜੋ ਕਿ ਮੈਡੀਕਲ ਬੋਰਡ ਵਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਅਪੰਗਤਾ ਘੱਟੋ ਘੱਟ 40% ਹੋਵੇ, ਪੇਸ਼ ਕਰਨਗੇ(ਅਨੈਕਸਚਰ ਈ)। ਇਸਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਇਕ ਫੋਟੋ ਜਿਸ ਵਿਚ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਅਪੰਗਤਾ ਸਾਫ ਅਤੇ ਸਪੱਸ਼ਟ ਦਿਸਦੀ ਹੋਵੇ,ਨਾਲ ਲੈ ਕੇ ਆਉਣੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।

- ਨੋਟ:-
- 1 ਹਰੇਕ ਰਿਜ਼ਰਵ ਕੈਟਾਗਰੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਉਮੀਦਵਾਰ ਵਲੋਂ ਡੋਮੀਸਾਈਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ(ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ) ਪੇਸ਼ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੋਵੇਗਾ ਜੋ ਕਿ 1 ਜੁਲਾਈ 2016 ਤੋ ਪੁਰਾਣਾ ਨਹੀ ਹੋਵੇਗਾ।
 - 2 ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਚੈਕਿੰਗ ਤੇ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਅਸਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟਾਂ/ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਇਕ ਇਕ ਫੋਟੋ ਕਾਪੀ ਵੀ ਉਮੀਦਵਾਰ ਨਾਲ ਲੈਕੇ ਆਉਣ।

ANNEXURE-'A'

FORM OF CASTE CERTIFICATE FOR SCHEDULED CASTE/TRIBES

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-----

ANNEXURE-'B-1

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

Signature of Applicant.

AFFIDAVIT

ANNEXURE-'C-1'

Affidavit from the 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
5. That in the event of the selection of Assistant Lineman 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 declares 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 the 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 am 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/do not possess the requisite qualification for the post,
5. That in the event of the selection of Assistant Lineman , I undertake that I shall not avail/ take any further concession/post I for me or any of my dependant 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

Annexure D

ਹਲਫੀਆਂ ਬਿਆਨ

(ਸੁਤੰਤਰਤਾ ਸੰਗਰਾਮੀ ਕੋਟੇ ਦੇ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਲਈ)

ਮੈਂ.....ਪੁੱਤਰ.....

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

1. ਇਹ ਕਿ ਮੇਰੇ.....ਸ੍ਰ:..... 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 ਨੌਕਰੀ 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 ਛੁਪਾ 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:

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)