

ਵਿਗਿਆਪਨ ਨੰ: ਸੀਆਰਏ 299/22 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 ਵਿਚ ਦਰਸਾਈ ਯੋਗਤਾ ਅਨੁਸਾਰ ਉਮੀਦਵਾਰ ਵੱਲੋਂ ਕਮੇਟੀ ਸਨਮੁੱਖ ਖੁਦ ਪੇਸ਼ ਹੋ ਕੇ ਪੇਸ਼ ਹੋ ਕੇ ਵਿਦਿਅਕ ਯੋਗਤਾ ਦੇ ਅਸਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ/ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਮੂਲ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਜਾਣ।

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

ਅ) ਮੈਟ੍ਰਿਕ ਪੱਧਰ/10ਵੀਂ ਪੱਧਰ ਦੀ ਘੱਟੋ 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 ਅਪ੍ਰੈਟਿਸਿਪ ਇੰਨ ਲਾਈਨਮੈਨ ਟ੍ਰੇਡ ਵਿਚ ਪਾਸ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਅਤੇ ਡੀ.ਐਮ.ਸੀ

ਸ) ਅਨੁਸੂਚਿਤ ਜਾਤੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਨੇ ਉਪ ਮੰਡਲ ਅਫਸਰ/ਸਿਵਲ 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-ੲੇ ਅਨੁਸਾਰ)

ਹ) ਪੱਛੜੀ ਸ਼੍ਰੇਣੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਉਮੀਦਵਾਰ ਪੰਜਾਬ ਸਰਕਾਰ ਰਾਹੀਂ ਘੋਸ਼ਿਤ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਪੱਛੜੀਆਂ ਜਾਤੀਆਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਉਪ ਮੰਡਲ ਅਫਸਰ/ਸਿਵਲ ਜਾਂ 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 ਸਬੰਧੀ ਸਵੈ ਘੋਸ਼ਣਾ (ਅਨੈਕਸਚਰ ਬੀ -2)

ਕ) ਸਾਬਕਾ ਫੌਜੀ ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਤੇ 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 ਵੱਲੋਂ ਹਲਫੀਆਂ ਬਿਆਨ (ਨਮੂਨਾ ਅਨੈਕਚਰ-ਸੀ-1 ਅਤੇ ਅਨੈਕਚਰ-ਸੀ-2)

ਖ) 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 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 ਪੁਜ਼ੀਸ਼ਨ 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 ਡੀ)। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਇਕ ਫੋਟੋ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਅਪੰਗਤਾ ਸਾਫ ਅਤੇ ਸਪਸ਼ਟ ਦਿੱਸਦੀ ਹੋਵੇ, ਨਾਲ ਲੈ ਕੇ ਆਉਣੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।

ਨੋਟ:- 1 ਹਰੇਕ ਰਿਜਰਵ ਕੈਟਾਗਰੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਉਮੀਦਵਾਰ ਵੱਲੋਂ ਡੋਮੀਸਾਈਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ (ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ) ਪੇਸ਼ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੋਵੇਗਾ ਜੋ ਕਿ ਮਿਤੀ 01.01.22 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।

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।

**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)**

**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 and notification no. 1/41/93-RC1/1093050/1 dated 24.10.2017

I hereby declare that, the information given above is true to the best  
of my knowledge and belief, and nothing has been concealed therein. I am well  
aware of the fact that, if the information given by me is proved faked/not true,  
i will be able for action as per Law.

**Date:**

**Place:**

**Signature of Applicant**

**Name of the 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  
Assistant Lineman against CRA 299/22

5. That in the event of the selection of Assistant Lineman against CRA 299/22 , 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 Assistant Lineman against CRA 299/22, 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**

**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)