आरोग्य विभाग जिल्हा परिषद अकोला

वैद्यकीय अधिकारी, गट-अ ची पदे भरण्याबाबत

जाहिरात क्रमांक : आवि/राजप/ १८९७/२०१७ दिनांक :- १७.६.२०१७

१. अकोला जिल्हयातील सार्वजनिक आरोग्य विभागांतर्गत आरोग्य संस्थेमध्ये महाराष्ट्र व आरोग्य सेवा गट-अ या संवर्गातील वैद्यकीय अधिकारी या पदावरील भरतीकरीता निव्वळ तात्पुरत्या स्वरुपात ११ महिने कालावधी करिता किंवा सदर पदावर एम.बी.बी.एस. अर्हताधारक नियमित वैद्यकीय अधिकारी नियुक्तीने/बदलीने उपलब्ध होईपर्यंत त्या दिनांका पर्यंत, यापैकी जे अगोदर घडेल तोपर्यंतचे कालावधी करिता बी.ए.एम.एस. अर्हताधारक पात्र उमेदवरांकडून अर्ज मागविण्यात येत आहेत.

२. महाराष्ट्र वैद्यकीय व आरोग्य सेवा गट-अ या संवर्गातील वैद्यकीय अधिकारी या पदावर सरळ सेवेने पदभरती करण्यासाठी www.akolazp.gov.in या संकेतस्थळामार्फत अर्जाचा नमुना उपलब्ध करुन देण्यात आला आहे.

३. प्रवर्ग निहाय पदसंख्या : १७ (सतरा)

अ. क्र	जिल्हा	अजा	अज	विजा-अ	भज-ब	भज-क	भज-ड	विमाप्र	इमाव	खुला	एकुण
१	अकोला	००	०२	०१	००	००	०१	०१	०१	११	१७
एकुण		००	०२	०१	००	००	०१	०१	०१	११	१७

समांतर आरक्षण

१	महिला	००	०१	००	००	००	००	००	०१	०३	०५
२	खेळाडू	००	००	००	००	००	००	००	००	०१	०१
३	अपंग	००	००	००	००	००	००	००	००	०१	०१

वर नमुद केलेल्या पदसंख्येत व आरक्षणामध्ये बदल होण्याची शक्यता आहे.

४. विस्तृत जाहिरात www.akolazp.gov.in या संकेत स्थळावर उपलब्ध आहे. उपरोक्त नमूद पदासाठी अर्ज करु इच्छिणा-या उमेदवारांनी वेतनश्रेणी, पात्रता, वयोमर्यादा, अर्ज शुल्क, सुचना, निवडीचे निकष इत्यादी तपशिलासाठी सदर संकेतस्थळाला भेट द्यावी. उमेदवारांनी अर्जाचा नमूना डाऊनलोड करुन संपुर्णत: भरुन सादर केलेला अर्ज व आवश्यक त्या कागदपत्रांच्या साक्षांकित प्रती एकत्रितपणे आरोग्य विभाग जिल्हा परिषद अकोला कार्यालयास **दिनांक ०३.०७. २०१७** पुर्वी पाठवाव्यात.

स्थळ :- अकोला
दिनांक :- १७.६.२०१७

स्वा/-
सदस्य सचिव निवड समिती
तथा
जिल्हा आरोग्य अधिकारी
जिल्हा परिषद अकोला

स्वा/-
अध्यक्ष निवड समिती
तथा
जिल्हाधिकारी
अकोला

आरोग्य विभाग जिल्हा परिषद अकोला

वैद्यकीय अधिकारी, गट-अ ची पदे भरण्याबाबत

संदर्भ :-

१. सार्वजनिक आरोग्य विभाग, शासन पत्र क्र. मवैअ-२०१७/प्र.क्र.१८१/सेवा-३ दि. ०४.०५.२०१७

२. सार्वजनिक आरोग्य विभाग, शासन परिपत्रक क्रं. संकीर्ण-२०१५/प्र.क्र.१२/निवडमंडळ दि. २४.६.२०१६

३. सार्वजनिक आरोग्य विभाग, शासन परिपत्रक क्रं. मवैअ-२०१५/प्र.क्र.७३९/निमं/सेवा-३ दि. २४.६.२०१६

४. सार्वजनिक आरोग्य विभाग, शासन परिपत्रक क्रं. मवैअ-२०१५/प्र.क्र.७३९/निमं/सेवा-३ दि. २६.१०.२०१६

५. सार्वजनिक आरोग्य विभाग, शासन परिपत्रक क्रं. मवैअ-२०१६/प्र.क्र.८७५/१६सेवा-३ दि. १६.११.२०१६

.....

जाहिरात क्रमांक : आवि/राजप/ १८९७/२०१७ **दिनांक :- १७.६.२०१७**

.....

१. अकोला जिल्हयातील सार्वजनिक आरोग्य विभागांतर्गत आरोग्य संस्थेमध्ये महाराष्ट्र व आरोग्य सेवा गट-अ या संवर्गातील वैद्यकीय अधिकारी या पदावरील भरतीकरीता निव्वळ तात्पुरत्या स्वरुपात ११ महिने कालावधी करिता किंवा सदर पदावर एम.बी.बी.एस. अर्हताधारक नियमित वैद्यकीय अधिकारी नियुक्तीने/बदलीने उपलब्ध होईपर्यंत त्या दिनांका पर्यंत, यापैकी जे अगोदर घडेल तोपर्यंतचे कालावधी करिता बी.ए.एम.एस. अर्हताधारक पात्र उमेदवरांकडून अर्ज मागविण्यात येत आहेत.

२. महाराष्ट्र वैद्यकीय व आरोग्य सेवा गट-अ या संवर्गातील वैद्यकीय अधिकारी या पदावर निव्वळ तात्पुरत्या स्वरुपात पदभरती करण्यासाठी www.akolazp.gov.in या संकेतस्थळामार्फत अर्जाचा नमुना उपलब्ध करुन देण्यात आला आहे.

३. उमेदवारांनी अर्जाचा नमूना डाऊनलोड करुन जिल्हाधिकारी अकोला यांचे नावाने, **आरोग्य विभाग जिल्हा परिषद अकोला** यांचे कार्यालयात बटवडयाने/नोंदणीकृत डाकेने सादर करावा.

४. प्रवर्ग निहाय पदसंख्या : १७ (सतरा)
आरक्षण :

अ. क्र	जिल्हा	अजा	अज	विजा-अ	भज-ब	भज-क	भज-ड	विमाप्र	इमाव	खुला	एकुण
१	**अकोला**	००	०२	०१	००	००	०१	०१	०१	११	१७
	एकुण	००	०२	०१	००	००	०१	०१	०१	११	१७

समांतर आरक्षण

१	**महिला**	००	०१	००	००	००	००	००	०१	०३	०५
२	**खेळाडू**	००	००	००	००	००	००	००	००	०१	०१
३	**अपंग**	००	००	००	००	००	००	००	००	०१	०१

वर नमुद केलेल्या पदसंख्येत व आरक्षणामध्ये बदल होण्याची शक्यता आहे.

जाहीर करण्यात आल्यानुसार १७ पदांवर **बी.ए.एम.एस. पदव्युत्तर पदवीधारक** उमेदवारांना प्राध्यान्य देण्यात येईल.

५. **वेतनश्रेणी :** सार्वजनिक आरोग्य विभाग शासन पत्र क्र मवैअ-२०१७/प्र.क्र.१८१/१७/सेवा-३ दिनांक ४ मे २०१७ नुसार रु. ४०,०००/- एकत्रित ठोक रक्कम राहील.

६. **वय :**

दिनांक ३१ मार्च २०१७ पर्यंत रोजी ३८ पेक्षा जास्त नसावे, मागासवर्गीय उमेदवारांच्या बाबतीत नियमाप्रमाणे शिथिलक्षम.

७. **शैक्षणिक अर्हता :**

वैद्यकीय अधिकारी बी.ए.एम.एस. पदासाठी सांविधीक विद्यापिठाची बी.ए.एम.एस. ची पदवी

८. **३१ मार्च २०१७** या दिनांकापुर्वी अथवा दिनांकास आंतरवासिता (Internship) पूर्ण असणारे उमेदवारच पात्र ठरतील.

टिप :-

१. शासकिय संस्थामधील वैद्यकीय अधिकारी पदावरील कामाचा अनुभव मूल्यांकनासाठी विचारात घेण्यात येईल.

२. उमेदवाराने सक्षम प्राधिका-याने दिलेले अनूभवाचे प्रमाणपत्र जोडणे आवश्यक आहे. प्रमाणपत्र देण्यासाठी संबधित संस्था/कार्यालय यांचे प्रमुख हे सक्षम प्राधिकारी असतील.

३. अनुभवासाठीच्या गुणांच्या मूल्यांकनासाठी ३१ मार्च २०१७ हा अंतिम दिनांक राहील.

४. निवड प्रक्रियेसाठी सर्व गुणपत्रके/प्रमाणपत्रे यांच्या स्वाक्षांकीत प्रती उमेदवाराने अर्जासोबत जोडणे आवश्यक आहे. अन्यथा, उमेदवाराचा अर्ज रद्दबादल करण्यात येईल.

५. प्राप्त अर्जांची छाननी करुन शासन परिपत्रकानुसार गठित करण्यात आलेल्या समितीमार्फत पात्र उमेदवारांची निवडी बाबतची कार्यवाही करण्यात येईल.

६. गुणवत्ते नुसार पात्र ठरण्यात आलेल्या उमेदवारांना निव्वळ तात्पुरत्या स्वरुपात ११ महिने कालावधी करिता किंवा सदर पदावर एम.बी.बी.एस. अर्हताधारक नियमित वैद्यकीय अधिकारी नियुक्तीने/बदलीने उपलब्ध होईपर्यंत त्या दिनांका पर्यंत, यापैकी जे अगोदर घडेल तोपर्यंतचे कालावधी करिता नियुक्ती देण्यात येईल.

९. **सर्वसाधारण :**

९.१ प्रमाणपत्राच्या पडताळणी प्रक्रियावेळी उमेदवारांनी सर्व मूळ प्रमाणपत्रे सादर करणे आवश्यक आहे.

९.२ सदर अर्जाचा नमुना www.akolazp.gov.in या संकेतस्थळावर उपलब्ध आहे.

९.३ उमेदवाराने खाली नमूद केलेल्या शुल्काचा राष्ट्रीयकृत बँकेचा डीमांड ड्राफट **Administrative Officer District Family Welfare Bureau Zilla Parishad Akola** यांच्या नावें काढून अर्जासोबत जोडावा आणि संपुर्ण भरलेला अर्ज नमुद केलेल्या आवश्यक प्रमाणपत्रांच्या साक्षांकित छायांकित प्रती त्यासोबत जाडावे.

९.४ आवश्यक कागदपत्रासह पूर्ण भरलेला अर्ज आरोग्य विभाग जिल्हा परिषद अकोला कार्यालयात दिनांक **०३.०७.२०१७** पुर्वी पाठविण्यात यावा.

९.५ उपरोक्त दिनांकानंतर प्राप्त होणारे अर्ज कोणत्याही परिस्थितीत स्विकारले जाणार नाहीत.

१०. **शुल्क :-**

अ. खुल्या प्रवार्गासाठी - रु. ५००/-
ब. मागास प्रवर्गाच्या उमेदवारांसाठी - रु ३००/-
क. फक्त राष्ट्रीयकृत बँकेच्या डीमांड ड्राफटव्दारे शुल्क अदा करण्यात यावे.

स्थळ :- अकोला

दिनांक :- १७.६.२०१७

स्वा/-
सदस्य सचिव निवड समिती
तथा
जिल्हा आरोग्य अधिकारी
जिल्हा परिषद अकोला

स्वा/-
अध्यक्ष निवड समिती
तथा
जिल्हाधिकारी
अकोला

HEALTH DEPARTMENT ZILLHA PARISHAD AKOLA

PUBLIC HEALTH DEPARTMENT - 2017

(RECRUITMENT OF MEDICAL OFFICER GROUP -A)

POST APPLIED FOR :			
NAME			**Recent passport size Photograph**
NAME IN MARATHI			
FATHER'S/GUARDIAN'NAME			
MOTHER'S NAME			
FATHER'S/GUARDIAN' OCCUPATION			
GENDER			**Candidate signature (in box)**
DATE OF BIRTH		**Marital Status**	
MOTHER TONGUE		**Age as on (31-3-2017)**	
Contact Information:		**Email-ID**	
Correspondence Address			
Permanent Address			
Permanent Address in Marathi			

Reservation (Cast Validity)			
Category		**Cast certificate**	
Cast		**Sub Cast**	
Non-Creamy Layer Certificate		**Annual Income**	
Social reservation			
Physically handicapped			

Fee Details :

Sr. No	Demand Draft No	Amount	Bank

General Information:

Proses Adequate Knowledge to read, write and speak Marathi language					
Date of completion of compulsory Rotating internship(dd/mm/yyyy)					
Date of registration (dd/mm/yyyy)		**Registration Number**		**Date of Renewal(if any)(dd/mm/yyy)**	
Has successfully completed MS-CIT					
BAMS year wise Marks:					

Year	Mark	Out of mark
1 st Year		
2nd Year		
3 rd Year		
4 th year		
Total		
Percentage mark in BAMS		

Has any other Post Graduate Degree/Diploma in Any Ayurvedic Subject in recognized collage/University	

Subject	

Qualifying Examination:

Sr. no.	Faculty	Program	Specialization	Board University	Passing Year	Class	Total Mark Obtained	Total Out of mark	Percentage
1									

Experience:-

Sr. No	Post Held	Organization Name	Organization Address	Nature of Appointment	Is the office/ Institution owned by Gov. of Maharashtra
1					

Sr. no	Exact dates to be given (From –To)	Total Period (Year/Month/Day)	Scale of pay	Basic pay (in Rs)	Nature of post	Reasons for leaving along with discharge certificate. If discharged
1						
Total Experience						

Required Documents:

Sr. No	Documents
1	
2	
3	
4	
5	

I hereby declare that all the information furnished by me in this application from are true, complete and correct to the best of my knowledge and belief. I do understand that I need to obtain and produce all the required original certificate enlisted in the from by me at the time of document verification I understand that entries made by me in this application form are final and binding on me. I further declare that in the even any information being found false or incorrect I shall be liable for disqualification as mentioned in the notification

Place:

Signature of the candidate

Date: