

अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान(छत्तीसगढ़) रायपुर , All India Institute of Medical Sciences, Raipur (Chhattisgarh) G. E. Road, Tatibandh, Raipur-492 099 (CG) www.aiimsraipur.edu.in

एम्स रायपुर में 03 (तीन) वर्ष हेतु सीनियर रेसीडेन्ट (रेसीडेन्सी स्कीम, भारत सरकार) पद हेतु आवेदन प्रपत्र — 2019

Application Form for the post of Senior Resident in AIIMS, Raipur under residency scheme, Govt. of India for 03 (three) year - 2019

							Affix Passport
विज्ञापन सं. /Advertis	ement No.	No. Admin/ / 1929 date	Recruitmened 04-10-20		9/AIIMS.R	PR	Size self- attested colou photograph
आवेदित पद / Post applied for Department विभाग	Resident					here.	
1. नाम स्पष्ट अक्षरोंमें / N a	ame in bloc	k letters :-					
2. पिता / पति का नाम स्पष्ट	 ट अक्षरोंमें / Fa	ther / Hust	pand's Nai	ne in blo	ock letter	s:-	
3. (अ) स्थायी पता/(a) Pe	ermanent A	Address:-					
राज्य / State							
पिन / Pin							
(ब) डाक का पता/ (b) Po	ostal Addre	ss:-	T				
राज्य / State							
पिन/Pin							
וייין אווו							

4.संपर्क विवरण / Contact Details:-							
एस.टी.डी. कोड सहित फोन नं./ Phone No. With STD Code							
मोबाईल नं. / Mobile No.:							
ईमेल / E-mail							
5. प्रमाणपत्र के अनुसार जन्मतिथि / दिनांक / Date माह / Month वर्ष / Year							
Date of Birth with documentary evidence							
साक्षात्कार की तिथि को आयु							
6. क्या आप / Are you जन्मसे / By Birth अधिवास द्वारा/By Domicile (अ) जन्म से भारतीय नागरिक है अथवा अधिवास द्वारा(सबंधित पद चिन्हित करें)जन्म से अधिवास द्वारा (a) A citizen of India by birth and or by domicile? (Tick the relevant column) By Birth By Domicile यदि आप अधिवास द्वारा भारतीय नागरिक है तो प्रमाण-पत्र संलग्न करें / If citizen of India by domicile, attach documentary evidence							
7. क्या आप अजा/अजजा/अपिव से संबंधितहै? (हां/नहीं) Are you a SC/ST/OBC Candidate? (Yes/No)							
यदिहां, तो वर्ग का उल्लेख करें (प्रमाण-पत्र संलग्न करें) अपिव वी दशा में भारत सरकार के तहत आरक्षित पदों पर नियुक्ति के लिए अभी हाल में वैध उपयुक्त प्राधिकारी द्वारा जारी प्रमाण-पत्र होना चाहिए / If yes, mention the Category (attach documentary evidence) In case of OBC, the certificate should be issued by the appropriate authority recently valid for appointment to the post reserved under Govt. of India.							
8. Applied under Category: UR [] OI	BC[] SC[]	ST[] PWD[]				
9. लिंग / Gender: पुरूष / Male महिला / Female (संबंधित पर चिन्ह लगाएं / Tick the relevant)-							
10. Person with disability (PWD)/ विकलांगता— (Yes/N	Vo)						

11. शैक्षणिक योग्यता / Educational Qualification:-

परीक्षाकानाम /	विषय / विधा /	विश्वविद्यालय / संस्थान /	पाठ्यक्रम को	अंतिम परीक्षा	प्राप्तांक /	पाठ्यक्रम
Name of the	विशिष्टता /	महाविद्यालय /	पूर्ण करने की	उत्तीर्ण करने का	Marks	की अवधि
Examination	Subject/	University/	तिथि /	माह तथा वर्ष/	obtained	/
	Discipline/	Institute/	Date of	Month &		Duration
	Speciality	College	completion	Year of		of Course
			of course	Passing final		
				examination		
10^{th}						
12 th						
MBBS						
MDDS						
MD/MS/						
Diploma						
_						

(कृपया संबंधित उपाधियों को चिन्हित करें/Please tick the relevant Degrees)

12.	Permanent	M.C.I./D.M.C./DDC/:-	
State	Registration	No.	

13. Whether done any First Year Junior Residency at AIIMS or outside, if so mention the

Department/period/Subject:

Organization/ Institution :
Department :
From :
To :
Total Working Period (in months) :

Please Note:

- 1. Incomplete application will be rejected straight way.
- 2. If it is found, that the applicant has suppressed any information or given wrong information his/her Senior Residency will be terminated forthwith without assigning any reason.
- 3. The Senior Residents are entitled to leave at the rate of $2\frac{1}{2}$ days leave for every completed month.

वचनबद्ध / UNDERTAKING

में सत्य निष्ठा से अभिपुष्टि करता / करती हूँ कि ऊपर दी गई सूचना, जहां तक मुझे पता है, सत्य तथा सभी तरह से सही है। मैंने किसी भी सूचना को नहीं छुपाया है। मैं वचन देता / देती हूँ कि इसमें दी गई कोई भी सूचना यदि गलत या झूठी पायी जाती है, तो मैं लागू नियमों के अनुसार की गई कार्रवाई के लिए उत्तरदायी होंऊगा / होंऊगी।

I solemnly affirm that the information furnished above is true and correct in all respects to the best of my knowledge. I have not concealed any information. I undertake that any information furnished herein is found to be incorrect or false, I shall be liable for action as per rules in force.

स्थान / Place		
		उम्मीदवार के हस्ताक्षर/ Signature of the Candidate
दिनांक / Date		
		उम्मीदवार का नाम / Name of the Candidate
		(स्पष्ट अक्षरों में / in block letters)

निम्नलिखित प्रमाणपत्रों/अभिलेखों की स्वप्रमाणित प्रतिलिपियां नीचे दिए हुए क्रम में संलग्न करें। Attach self attested photocopies of the following certificates/documents in the order as mentioned below:-

Sr. No.	Copy of the documents (self attested)	Please tick (√)
01	Certificate for Date of Birth (Class X or XII Certificate)	
02	MBBS Mark Sheets (All Semester)	
03	MBBS Degree	
04	Internship completion certificate	
05	Attempt certificates	
06	MCI/DCI registration	
07	MD/MS/DNB/PG Diploma certificate	
08	SC/ST/OBC/PH certificate issued by the competent authority (if applicable)	
09	Experience (if any)	
10	No Objection Certificate (if any)	
11	Copies of any other relevant documents	