

| जिल्हा आरोग्य अधिकारी जिल्हा परिषद सोलापूर | | |
|--|---|--|
| कार्यालयीन दुरध्वनी क्र.०२१७ २७२६५७८ कार्यालय फॅक्स क्र. ०२१७ २७२६५७८ ई मेल - dhosolapur@gmail.com |  | कार्यालयीन पत्ता - आरोग्य विभाग जिल्हा परिषद सोलापूर सिध्देश्वर होम मैदानजवळ पिन कोड -४१३००१ |
| आरोग्य सेवा | | जाक्र.जिपसो/आरोग्य/कार्या-१/६१५०/२४ सोलापूर दिनांक 26/११/२०२४ |

प्रसिध्दीपत्रक

प्राथमिक आरोग्य केंद्र स्तरावरील नोव्हेंबर-२०२४ या महिन्यातील रिक्त पदांची भरती प्रक्रिया दि.१९/११/२०२४ रोजी घेण्यात येणार होती. तरी सदर कालावधीत आचार संहिता असल्यामुळे घेता आलेला नाही. तरी त्याऐवजी दि.०३/१२/२०२४ रोजी मंगळवारी सकाळी ११.३० वाजता घेण्यात येणार आहे.

त्यानुसार एमबीबीएस/वीएएमएस अर्हता धारकांनी दिनांक -०३/१२/२०२४ रोजी मुलाखतीद्वारे (Walk In Interview) भरती करण्यात येणार आहे. तरी उमेदवारांनी आपले अर्ज आरोग्य विभाग, जिल्हा परिषद सोलापूर कार्यालय येथे दिनांक .२९/११/२०२४ पर्यंत दुपारी ३.०० वाजेपर्यंत या कार्यालयात समक्ष येवुन सादर करावेत.

तरी उमेदवारांनी दिनांक - ०३/१२/२०२४ रोजी सकाळी ११.३० वाजता जिल्हा रुग्णालय, गुरुनानक चौक, सोलापूर येथे आपल्या मुळ कागदपत्रासह उपस्थित रहावे. (सोबत अर्जाचा नमुना जोडण्यात आलेला आहे.)


(डॉ. संतोष नवले)

जिल्हा आरोग्य अधिकारी
जिल्हा परिषद सोलापूर

जिल्हा आरोग्य अधिकारी जिल्हा परिषद सोलापूर

कार्यालयीन दुरध्वनी क्र.०२१७ २७२६५७८
कार्यालय फॅक्स क्र. ०२१७ २७२६५७८
ई मेल - dhosolapur@gmail.com



कार्यालयीन पत्ता - आरोग्य विभाग जिल्हा परिषद
सोलापूर शिधेश्वर होम मैदानजवळ
पिन कोड - ४१३००१

आरोग्य सेवा

जाक्र.जिपसो/आरोग्य/कार्या-१/ /२४
सोलापूर दिनांक. / /२०२४

प्रति

जिल्हा आरोग्य अधिकारी
जिल्हा परिषद सोलापूर

Walk in Interview

फोटो

| | | | | | |
|------------|---|-----------------------------------|-------|------|-----------|
| ०१ | उमेदवारांचे संपुर्ण नाव (अडनाव प्रथम) | | | | |
| ०२ | सध्याचा पत्ता | | | | |
| ०३ | कायमचा पत्ता | | | | |
| ०४ | दुरध्वनी क्रमांक (मो.नं) | | | | |
| ०५ | स्त्री/पुरुष | | | | |
| ०६ | जन्म दिनांक (शालांत प्रमाणपत्रानुसार) | दिवस | महिना | वर्ष | |
| | | | | | |
| ०७ | मुलाखती रोजीचे वय | वर्ष | महिना | दिवस | |
| | | | | | |
| ०८ | शैक्षणिक पात्रता (MBBS / BAMS/-) | | | | |
| ०९ | संदर्भीय कागदपत्रे | आहे (√)/नाही (×) | | | |
| अ. क्र. | तपशील | मिळालेले गुण/संख्या/ दिनांक | आहे | नाही | पृष्ठक्र. |
| ०१ | MBBS/BAMS अंतिम वर्षाचे गुणपत्र व गुण - | | | | |
| ०२ | उत्तीर्ण प्रमाणपत्र (Passing Certificate) | | | | |
| ०३ | एम.एम.सी./एम.सी.आय.एम नोंदणी प्रमाणपत्र | | | | |
| ०४ | एम.एम.सी./एम.सी.आय.एम नुतनीकरण केलेले प्रमाणपत्र व वैधता दिनांक - | | | | |
| ०५ | अटेंट प्रमाणपत्र व एकूण अटेंट संख्या - | | | | |
| ०६ | अनुभव प्रमाणपत्र | | | | |
| ०७ | प्राथमिक आरोग्य केंद्र/ ग्रामीण रुग्णालय/ उप जिल्हा रुग्णालय अनुभव प्रमाणपत्र (कमीतकमी अकरा महिने करिता) व एकूण महिने - | | | | |
| ०८ | ओळखपत्र (उदा - आधार कार्ड, पॅन कार्ड,) | | | | |

टिप- वरील कागदपत्रे स्वतः सांक्षाकित व पृष्ठांकीत करुन सादर करावे.

उमेदवारांचे नाव व स्वाक्षरी



जिल्हा आरोग्य अधिकारी जिल्हा परिषद सोलापूर

कार्यालयीन दुरध्वनी क्र.०२१७ २७२६५७८
कार्यालय फॅक्स क्र. ०२१७ २७२६५७८
ई मेल - dhsolapur@gmail.com



कार्यालयीन पत्ता - आरोग्य विभाग जिल्हा परिषद
सोलापूर शिधेश्वर होम मैदानजवळ
पिन कोड -४१३००१

जाक्र.जिपसो/आरोग्य/कार्या-१/ /२४
सोलापूर दिनांक. / /२०२४

आरोग्य सेवा

| | | |
|----|---|--|
| ०१ | उमेदवारांचे संपुर्ण नाव (अडनाव प्रथम) | |
| ०२ | सध्याचा पत्ता | |
| ०३ | कायमचा पत्ता | |
| ०४ | दुरध्वनी क्रमांक (मो.नं) | |
| ०५ | स्त्री/पुरुष | |
| ०६ | शैक्षणिक पात्रता - | |
| ०७ | नियुक्तीसाठी प्राधान्याचेतालुका:- 1)----- 2)----- 3)----- | |

स्वाक्षरी