

भारतीय प्रौद्योगिकी संस्थान दिल्ली
INDIAN INSTITUTE OF TECHNOLOGY DELHI
हौज खास, नई दिल्ली-110016
HAUZ KHAS, NEW DELHI -110016

औद्योगिक अनुसंधान एवं विकास एकक
INDUSTRIAL RESEARCH AND DEVELOPMENT UNIT
चिकित्सा स्वस्थता प्रमाणपत्र / Medical Fitness Certificate

अधिकारी का नाम/Name of the official _____

पिता/पति का नाम/Father's/Husband's name _____

पदनाम/Designation _____

आवास/Residence _____

जन्म तिथि/Date of Birth _____

माप द्वारा ली गई ऊँचाई/Exact height by measurement _____

पहचान के लिए व्यक्तिगत चिह्न/Personal marks for identification _____

अधिकारी/स्टाफ के हस्ताक्षर/Signature of Official/Staff

सहायक कुलसचिव (औ.अनु.वि.)/AR (IRD)

मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैंने श्री/श्रीमती _____ जो औ.अनु.वि. द्वारा संचालित परियोजना के अधीन नियोजन के लिए प्रत्याशी हैं, की भली प्रकार जाँच कर ली है और उनमें कोई रोग, शारीरिक संरचना में दोष या शारीरिक शैथिल्य, सिवाय _____ के नहीं पाई गई हैं। मैं इनकी नियुक्ति के लिए इसे अयोग्य नहीं मानता हूँ। इनके अपने कथन एवं रूप दिखावट के अनुसार इनकी आयु लगभग _____ वर्ष है।

I do hereby certify that I have examined Shri/Smt. _____ a candidate for employment under IRD operated project and cannot discover that he/she has any disease, constitutional affliction, or bodily infirmity, except _____. I do not consider this a disqualification for employment. His/Her age is, according to her/his own statement, and by appearance about _____ years.

बायें हाथ के अंगूठे और उँगलियों के निशान

Left hand thumb and finger impression.

कनिष्ठिका अथवा छोटी उँगली

अनामिका

मध्यमा

तर्जनी

अंगूठा

Fourth or small finger

Third finger

Second finger

First finger

Thumb

जिस अधिकारी के समक्ष उँगलियों के छाप लिए गए, उनका नाम/Taken before Name of Officer

पदनाम/Designation of Officer

दिनांक/Date

प्रत्याशी का कथन तथा घोषणा
CANDIDATE'S STATEMENT AND DECLARATION

चिकित्सा परीक्षा से पूर्व प्रत्याशी को निम्नलिखित सूचना देनी और संलग्न घोषणा पत्र पर हस्ताक्षर करने हैं। नीचे टिप्पणी में दी गई चेतावनी की ओर उनका ध्यान विशेष रूप से आकर्षित किया जाता है।

The candidate must make the statement required below prior to Medical Examination and must sign, the declaration appended thereto. Attention is specially directed to the warning contained in the Note below.

- 1) पूरा नाम (स्पष्ट अक्षरों में) _____
Name in full (in block letters)
- 2) आयु एवं जन्म स्थान _____
Age and Place of Birth
- 3) (अ) क्या आप कभी चेचक, सविराम या अन्य ज्वर, ग्रन्थि में वृद्धि अथवा पूयता (मवाद पड़ना), थूक में खून आना, दमा, हृदय रोग, फेफड़े के रोग, मूर्छा, रेहोमेटिज्म, ऐपेन्डिडाइटिस रोग से पीड़ित रहे हैं ? _____
(a) Have you ever had small pox, intermittent or any other fever, enlargement or suppuration of glands, spitting of blood, Asthma, hear disease, lung disease, fainting attacks, rheumatism, appendicitis ? _____
(ब) अन्य कोई रोग या दुर्घटना जिसके कारण शैय्या पर पड़े रहने और चिकित्सा या शल्य चिकित्सा की जरूरत रही हो ? _____
(b) Any other disease or accident requiring confinement to bed and medical or surgical treatment. _____
4. आपको पिछला टीका कब लगाया गया ?/When were you last vaccinated? _____
5. क्या आप या आपका कोई निकटतम सम्बन्धी कभी क्षय, कण्ठमाला, गाऊट, दमा, दौरै, मिरगी या उन्माद रोग से पीड़ित रहा है ? _____
Have you or any of your near relations been afflicted with consumption, scrofula, gout, asthma, fats, epilepsy or insanity ? _____
6. क्या आपने कभी अधिक कार्य या अन्य किसी कारण से किसी प्रकार की घबराहट या उत्तेजना महसूस की है ?
Have you suffered from any form of nervousness due to overwork or any other cause ? _____
7. क्या पिछले 3 वर्षों में किसी चिकित्सा अधिकारी, चिकित्सा बोर्ड द्वारा सरकारी नौकरी या स्वायत्तशासी संस्था में नौकरी के लिए आपकी चिकित्सा परीक्षा की गई और आपको आयोगय घोषित किया गया है ?
Have you been examined and declared unfit for Government service or service in an autonomous body by a Medical Officer, Medical Board within the last three years ?

8. अपने परिवार से संबंधित विवरण दीजिए/Furnish the following particulars concerning your family:-

पिता की आयु यदि जीवित है एवं स्वास्थ्य स्थिति Father's age if living & state of health	मृत्यु के समय पिता की आयु और मृत्यु का कारण/Father's age at death & cause of death	जीवित भाइयों की संख्या, उनकी आयु और स्वास्थ्य स्थिति/No. of brothers living, their age & state of health	मृत भाइयों की संख्या मृत्यु के समय उनकी आयु तथा मृत्यु का कारण No. of brothers dead, their age at death & cause of death

माता की आयु यदि जीवित हैं एवं स्वास्थ्य स्थिति Mother's age if living & state of health	मृत्यु के समय माता की आयु और मृत्यु का कारण/Mother's age at death & cause of death	जीवित बहनों की संख्या उनकी आयु और स्वास्थ्य स्थिति No. of sisters living, their age & state of health	मृत बहनों की संख्या, मृत्यु के समय उनकी आयु तथा मृत्यु का कारण No. of sisters dead, their age at death & cause of death

मैं घोषणा करता हूँ कि मुझे जहाँ तक पता है और विश्वास है उपर्युक्त सभी उत्तर सही हैं।

I declare that all the answers given above to the best of my knowledge and belief are to be true and correct.

मैं सत्य निष्ठा से कहता हूँ कि मैंने रोग या अन्य किसी स्थिति में अयोग्यता प्रमाणपत्र के आधार पर पेंशन नहीं ली है।

I also solemnly affirm that I have not received a disability certificate pensions on account of any disease or other conditions.

प्रार्थी के हस्ताक्षर/Candidate's Signature _____

मेरी उपस्थिति में हस्ताक्षर किये/Signed in my presence _____

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर/Signature of Medical Officer _____

टिप्पणी: उपर्युक्त कथन की सत्यता के लिए प्रत्याशी उत्तरदायी होगा। जानबूझ कर किसी सूचना को छिपाने से वह अपनी नियुक्ति को जोखिम में डालेगा और नियुक्ति होने की स्थिति में उपदान के अधिवाषिता भत्ते से उसे वंचित कर दिया जाएगा।

NOTE: The candidate will be held responsible for the accuracy of the above statement. By willfully suppressing any information, he will incur the risk of losing the appointment and if appointed forfeiting all claim to superannuation allowance of gratuity.

चरित्र प्रमाणपत्र/CHARACTER CERTIFICATE *

प्रमाणित किया जाता है कि मैं श्री/श्रीमती/सुश्री _____ पुत्र/पुत्री/पुत्री श्री _____ को पिछले _____ वर्षों से जानता हूँ और जहाँ तक पता है और विश्वास है इनका नैतिक चरित्र अच्छा है और इनका पूर्ववृत्त ऐसा नहीं है जो औ.अनु.वि. द्वारा संचालित परियोजना में नियुक्ति के लिए इन्हें अनुपयुक्त ठहराता हो।

Certified that I have known Shri/Smt./Miss _____ son/wife/daughter of Shri _____ for the last _____ years and to the best of my knowledge and belief he/she bears a good moral character and has no antecedents which render him/her unsuitable for the employment under the IRD operated projects.

श्री/Shri श्रीमती/Smt.सुश्री/Miss _____ मेरी/मेरे संबंधी नहीं है।/is not related to me.

स्थान/PLACE _____ हस्ताक्षर/SIGNATURE _____
दिनांक/DATED _____ नाम/NAME: _____
पदनाम/DESIGNATION _____

(* प्रमाण देने वाला अधिकारी कम से कम तीन वर्षों से प्रत्याशी को व्यक्तिगत रूप से जानता हो।)

(The certifying Officer should have personally, known the candidate for at least three years)

परिशिष्ट/ANNEXURE-III

“मैं _____ शपथ लेता हूँ/सत्यनिष्ठा पूर्वक प्रतिज्ञा करता हूँ/करती हूँ कि मैं भारत एवं भारतीय संविधान में स्थापित कानून के प्रति सच्ची निष्ठा एवं वफादारी रखूँगा/रखूँगी, भारत की प्रभुता एवं अखण्डता को बनाए रखूँगा/रखूँगी और मैं पूरी निष्ठा, ईमानदारी एवं निष्पक्षता के साथ अपने कर्तव्यों का पालन करूँगा/करूँगी (ईश्वर मेरी मदद करें।)”

“ I _____ swear/solemnly affirm that I will be faithful and bear true allegiance to India and to the Constitution of India as by law established, that I will uphold the sovereignty and integrity of India and that I will carry out the duties of my office loyally, honestly and with impartiality (So help me God)”.

दिनांक/Dated _____

हस्ताक्षर/Signature _____

नाम/Name _____

पदनाम/Designation _____

विभाग/केन्द्र/अनुभाग/एकक/Deptt/Centre/Section/Unit _____