

జిల్లా వైద్య మరియు ఆరోగ్య శాఖాధికారి వారి కార్యాలయము , పశ్చిమ గోదావరి జిల్లా, ఏలూరు.

నేటిఫికేషన్ సంఖ్య 06/2021

తేదీ.06-12-2021

పత్రికా ప్రకటన

జిల్లా వైద్య శాఖ పరిధిలో కాంట్రాక్ట్ విధానములో సంయుక్త కలెక్టర్ (అభివృద్ధి), పశ్చిమ గోదావరి జిల్లా, ఏలూరు వారి ఆదేశముల ప్రకారము జిల్లా వైద్య మరియు ఆరోగ్య శాఖాధిఖ, పశ్చిమ గోదావరి జిల్లా నందు ఈ క్రింది తెలుపబడిన పోస్టులకు కాంట్రాక్ట్ విధానములో భర్తీ చేయుటకు అర్హత గల అభ్యర్థుల నుండి దరఖాస్తులు కొరడమైనది అని తెలియచేయదమైనది.

పోస్టుల వివరములు:

Sl.No	Name of the Post	No of Posts	Required Qualification
1	Pharmacist (Contract)	15	Diploma in Pharmacy / B. Pharmacy from a recognized university must be registered in Pharmacy council with up to date renewal.

అర్హత గల అభ్యర్థులు <https://westgodavari.ap.gov.in> వెబ్ సైట్ నందు పొందు పరచిన దరఖాస్తు ను డౌన్ లోడ్ చేసుకుని, దరఖాస్తు తో పాటు తమ విద్యార్హతలు ఒక జిరాక్స్ సెట్ జిల్లా వైద్య మరియు ఆరోగ్య శాఖాధికారి కార్యాలయము, ఏలూరు నందు ది07.12.2021 నుండి 21.12.2021 వరకు 5.00సాయంత్రం గంటల వరకు పని దినములో జిల్లా వైద్య మరియు ఆరోగ్య శాఖాధికారి వారి కార్యాలయము నందు సంర్పించవలసినదిగా జిల్లా వైద్య మరియు ఆరోగ్య శాఖాధికారి , డా .బి భానునాయక్ గారు తెలియ చేసినారు .జిల్లా వెబ్ సైట్ నందు తెలిపిన ఉద్యోగములకు తగిన అర్హత దృవపత్రములు జతచేయని యెడల మరియు ధరఖాస్తుల యందు ఖాళీలను పూరించని యెడల వారి ధరఖాస్తులను తిరస్కరించబడును మరియు ఎటువంటి ఉత్తర ప్రత్యుత్తరములు జరుపబడవుపోస్టుల ఖాళీల సంఖ్య పెంచుటకు , తగ్గించుటకు అమలుచేయుటకు మరియు నిలుపుదల చేయడానికి జిల్లా నియమకాపు కమిటీ, పశ్చిమగోదావరి జిల్లా వారికి పూర్తి అధికారము కలదని తెలియచేయదమైనది.

పూర్తి వివరములకొరకు <https://westgodavari.ap.gov.in> వెబ్ సైట్ నందు సందర్శించగలరు.

సం. x x x

జిల్లా వైద్య మరియు ఆరోగ్య శాఖాధికారి,

పశ్చిమగోదావరి జిల్లా, ఏలూరు.

Received copy
G. Suryakumari
Dy. DESRO
Attested
K. R. H. / 6/12/2021
Addl. D.M. & H.O.
West Godavari District
ELURU.

6/12/21 06/12/21

EDUCATIONAL QUALIFICATION:

1	Pharmacist (Contract)	15	Diploma in Pharmacy / B. Pharmacy from a recognized university must be registered in Pharmacy council with up to date renewal.	18 to 42 years as on the date of issue of the notification. 5 years exemption for SC, ST and BC categories , Physically andicapped for 10 years and Ex Service man up to 15 years
---	--------------------------	----	--	---

GUIDELINES AND INSTRUCTION FOR FILLING UP OF APPLICATION.

The filled in application should be submitted in person duly enclosing the following certificates along with application fee and the application form at O/o., District Medical & Health Officer, Eluru from 07.12.2021 to 21.12.2021 by 5.00PM on working days in working hours i.e., 10.30 AM to 5.00 PM. The application without signature of the applicant or without any of the following enclosures will be summarily rejected.

Sl.No.	Qualification Certificate
1	S.S.C. or Equivalent Examination Marks Memo.
2	Intermediate or 10+2 examination Marks Memo.
3	Qualifying Examination Pass Certificate (Provisional / Original Degree).
4	Marks Memos of all the years (qualifying examination)
5	Latest Caste Certificate issued by the Tashildhar/MRO concerned.
6	Study Certificate for the years from 4 th Class to 10 th Class in case of Private Study residence certificate (Annexure-E) from the Tashildhar / MRO concerned for the above period (4 th Class to 10 th Class Study period)
7	1 Photographs duly pasted on the application form with self attestation
8	Council Registration and Renewal Certificate of respective councils if any applicable
9	Internship Certificate if any applicable

**GOVERNMENT OF ANDHRA PRADESH
DISTRICT MEDICAL & HEALTH OFFICER, W.G.DIST., ELURU.**

NOTIFICATION FOR THE RECRUTMENT OF PHARMACIST Gr-II(CONTRACT BASIS)UPHCs, UNDER THE ADMINISTRATIVE CONTROL OF DISTRICT MEDICAL & HEALTH OFFICER, ELURU.

APPLICATION FORM

**REGISTRATION NO :
(TO BE FILLED BY THE OFFICE)**

APPLICATION FOR THE POST OF :

1	Name of the Candidate								
2	Name of the Father								
3	Name of Husband / Wife (if Married)								
4	Gender	Male / Female							
5	Date of Birth and Age (as per S.S.C)	DD	MM	YEAR	AGE				
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
6	Social Status (Please tick)	OC	BC A	BC B	BC C	BC D	BC E	SC	ST
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Note : If the ST Candidate Comes under Local Scheduled area please submit their Local Scheduled Area Certificate issued by the Concerned MRO's							
7	Whether Physically Handicapped (Please tick)	YES / NO							
8	If yes please mention category (please tick) Certificate issued by Sadaram in case of claiming the reservation	HH / OH / VH							
9	Whether Sports if any details in case of claiming the Sports Quota	YES / NO							
10	Whether Ex-Service Man / Women	YES / NO							

P.T.O...2.....

	reservation	
9	Whether Sports if any details in case of claiming the Sports Quota	YES / NO
10	Whether Ex-Service Man / Women	YES / NO

P.T.O...2.....

:: 2 ::

11. LOCAL / NON LOCAL

CLASS	YEAR OF PASSING	NAME OF EDUCATION INSTITUTION	DISTRICT WHICH STUDIED
IV			
V			
VI			
VII			
VIII			
IX			
X			

STUDY CERTIFICATES FROM IV TO X SHOULD BE ENCLOSED OTHERWISE CONDIDATE WILL BE TREATED AS NON LOCAL

12. EDUCATIONAL QUALIFICATIONS.

QUALIFICATION	MONTH YEAR AND PASSING	NAME OF THE COLLEGE / UNIVERSITY

13. MARKS OBTAINED IN THE QUALIFYING EXAMINATIONS:

QUALIFYING EXAMINATION	TOTAL MARKS	MARKS OBTAINED (Any Post Graduate).	% OF MARKS OBTAINED
Number and Date of AP Paramedical Council Registration			
Validate period of AP Paramedical Council Registration		From :	To :

16. ADDRESS PARTICULARS

Name :
Father Name :
Husband Name :
House No. :
Street :
Village / Town :
District :
Pin code :
Cell No. / Phone No. :

DECLARATION

I, Smt / Sri / Kum. D/o, S/o, / W/o.
.....certify that above particulars furnished by me are correct
to the best of my knowledge. I also agree that in the event of any of the particulars furnished in my
application being found to be incorrect or false at a later date my candidature will be cancelled
summarily.

Name and Signature of the Candidate.