

उम्मीदवारों के बयान और घोषणा

CANDIDATE'S STATEMENT AND DECLARATION

उम्मीदवार अपनी चिकित्सा जांच कराने से पहले नीचे की आवश्यकता अनुसार अपना बयान दर्ज करे और संलग्न घोषणापत्र पर हस्ताक्षर करे। उसका अनुप्रमाणन नीचे दिए चेतावनी से निर्देशित है।

The candidate must make the statement required below prior to his/her Medical Examination and must sign the declaration appended thereto. His/her attestation is specially directed to the warning contained in the note below:-

- अपना पूरा नाम लिखिए (स्पष्ट अक्षरों में)
State your name in full (In Block Letters) :
- अपनी उम्र और जन्म स्थान लिखिए
State your age and place of birth :
- (क) क्या आपको कभी भी चेचक, रुक रुक कर होने वाला अन्य बुखार, ग्रंथियों की वृद्धि या पीप आना, रक्त वमन, अस्थमा, हृदय रोग, फेफड़ों की बीमारी, आमवात के आक्रमण से कमजोरी होना, पथरी की बीमारी हुआ है?
(a) Have you ever had small-pox, intermittent or any other fever, enlargement of suppression of glands, spitting of blood, Asthma, heart disease, lung disease, fainting attacks, rheumatism appendicitis?

(ख) किसी अन्य बीमारी या दुर्घटना जिस की वजह से बिस्तर पर आराम करने की और मेडिकल या सर्जिकल इलाज के आवश्यकता हो?
(b) Any other disease or accident requiring confinement to bed and medical or surgical treatment?
- आपने पिछली बार टीका कब लगवाया था?
When were you last vaccinated? :
- आप या आपके कोई संबंधी खपत, स्कारफुला, गठिया, दमा, फिट्स, मिर्गी या पागलपन से पीड़ित हुए हैं?
Have you or any of your near relations been afflicted with consumptions, scrofula, gout, asthma, fits, epilepsy or insanity?
- आप अधिक काम या किसी अन्य कारण से नर्वसनेस से पीड़ित हुए हैं?
Have you suffered from any form of nervousness due to overwork or any other cause?
- क्या पिछले तीन वर्षों की भीतर एक चिकित्सा अधिकारी/मेडिकल बोर्ड द्वारा आपको सरकारी सेवा के लिए अयोग्य घोषित किया गया है?
Have you been examined and declared unfit for Govt. service by a Medical Officer/Medical Board, within the last three years ?
- अपने परिवार के संबंध में निम्नलिखित विवरण प्रस्तुत करें।
Furnish the following particulars concerning your family:

पिता की उम्र, यदि जीवित हैं तो, और उनके स्वास्थ्य की स्थिति Father's age if living and state of health	पिता की मृत्यु के समय की उम्र और मौत का कारण Father's age at death and cause of death	जीवित भाईयों की संख्या, उनकी उम्र और स्वास्थ्य की स्थिति No. of brothers living, their age & state of health	मृत भाईयों की संख्या, मृत्यु के समय उनकी उम्र और मृत्यु के कारण No. of brothers dead their age at death and cause of death

माता की उम्र, यदि जीवित हैं तो, और उनके स्वास्थ्य की स्थिति Mother's age if living and state of health	माता की मृत्यु के समय की उम्र और मौत क कारण Mother's age at death and cause of death	जीवित बहनों की संख्या, उनकी उम्र और स्वास्थ्य की स्थिति No. of sisters living, their age & state of health	मृत बहनों की संख्या, मृत्यु के समय उनकी उम्र और मृत्यु के कारण No. of sisters dead their age at death and cause of death

मैं घोषणा करता/करती हूँ की उपर्युक्त प्रश्नों के सभी उत्तर मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सही हैं।

I declare all the above answers to be, to the best of my knowledge and belief, correct.

मैं यह भी सत्यनिष्ठा से समर्थन करता/करती हूँ की मुझे किसी भी बीमारी या अन्य हालत के कारण एक विकलांगता प्रमाण पत्र/ पेंशन नहीं मिला है।

I also solemnly affirm that, I have not received a disability certificate / pension on account of any disease or other condition.

उम्मीदवार क हस्ताक्षर
Candidate's Signature

मेरी उपस्थिति मे हस्ताक्षर किए हैं
Signed in my presence

दिनांक Date:

मुहर सहित चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer with seal

स्थान Place:

कार्यालय मुहर Office Seal

नोट: उम्मीदवार ऊपर बयान की सटीकता के लिए जिम्मेदार ठहराया जाएगा। जानबूझकर किसी भी जानकारी को दबाने के कारण उन्हें नियुक्ति के खोने का, और अनर नियुक्त किया गया है तो, सेवनिवृत्ति भत्ता या उपदान के लिए सभी द्यावे क अधिकार खो देने क जोखिम उठाना होगा।

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

चिकित्सा प्रमाणपत्र

MEDICAL CERTIFICATE

मैं एतद द्वारा प्रमाणित करता हूँ कि मैंने _____ विभाग में रोजगार के लिए एक उम्मीदवार _____ की जांच की है, और _____ को छोड़कर किसी भी रोग (संचारी या अन्यथा) संवैधानिक कमजोरी, या दुर्बलता क खोज नहीं कर सकता, मैं इसको सीमा शुल्क आयुक्त क कार्यालय, कोचीन-09 में रोजगार के लिए एक अयोग्यता नहीं मानता हूँ। उसकी उम्र बयान के अनुसार _____ साल है और आकार से करीब _____ साल है।

I do hereby certify that I have examined Shri./ Smt./ Kum.a candidate for employment in the Customs Department and cannot discover that he/she has any disease (Communicable or otherwise), constitutional weakness or bodily infirmity except _____. I do not consider this as a disqualification for employment in the office of the Commissioner of Customs, Cochin-09. His / her age is according to his/her own statementyears by appearance aboutyears.

व्यक्तिगत पहचान चिन्ह Personal marks of identification:

- 1.
- 2.

हस्ताक्षर Signature

चिकित्सा अधिकारी का नाम पदनाम पंजीकरण संख्या व पता

Name and Designation of the Medical Officer with Reg. No. and address

स्थान Station:

दिनांक Date:

कार्यालय मुहर
Office Seal

उम्मीदवार के हस्ताक्षर
Signature of the Candidate