

### કોમ્યુનીટી હેલ્થ ઓફિસરની ભરતી જાહેરાત

સાબરકાંઠા જિલ્લામાં નેશનલ હેલ્થ મિશન અંતર્ગત આયુષ્માન ભારત હેલ્થ એન્ડ વેલનેસ સેન્ટર પ્રોગ્રામ હેઠળ મંજુર થયેલ પેટા આરોગ્ય કેન્દ્રો ખાતેના કોમ્યુનીટી હેલ્થ ઓફિસરની ખાલી રહેલ જગ્યાઓ પર કરાર આધારિત ૧૧ માસ માટે ભરવા લાયકાત ધરાવતા ઉમેદવારોની ભરતી કરવાની થાય છે. તેમજ ભવિષ્યમાં ખાલી પડનાર જગ્યાઓ માટે પ્રતિક્ષા યાદી તૈયાર કરવાની થાય છે. વય મર્યાદા ૪૦ વર્ષ સુધીના ઇચ્છુક ઉમેદવારોએ અરજી સ્વ ખર્ચે તા: ૦૨/૦૮/૨૦૨૧ના સાંજે ૦૫:૦૦ કલાક સુધી મળી રહે તે રીતે આર.પી.એ.ડી/સ્પીડપોસ્ટ મારફતે નીચે જણાવેલ સરનામે મોકલી આપવાની રહેશે. નિયત સમયબાદ મળેલ અરજીઓ માન્ય ગણાશે નહીં. હાલ કોમ્યુનીટી હેલ્થ ઓફિસર તરીકે ફરજ બજાવતા હોય તેવા તમામ ઉમેદવાર અરજી કરી શકશે નહિ. ભરતી માટે અરજીનો નમૂનો તથા વિગતવાર માહિતી [sabarkanthadp.gujarat.gov.in](http://sabarkanthadp.gujarat.gov.in) પર મૂકવામાં આવેલ છે. જે મુજબ અરજી ડાઉનલોડ કરી જરૂરી આધારભૂત સ્વ પ્રમાણિત નકલો સાથે અરજી કરવાની રહેશે.

ક્રમ	જગ્યાનું નામ	શૈક્ષણિક લાયકાત	ફિક્સ માસિક પગાર
૧	કોમ્યુનીટી હેલ્થ ઓફિસર કુલ ખાલી જગ્યા - ૩૦	૧. CCCH પાસ કરેલ બોન્ડેડ ઉમેદવારોને સૌ પ્રથમ પ્રાથમિકતા આપવામાં આવશે ૨. CCCH નો કોર્સ B.Sc નર્સિંગ તથા પોસ્ટ બેઝીક B.Sc નર્સિંગના કોર્સમાં જુલાઇ-૨૦૨૦ થી સામેલ કરેલ હોય જુલાઇ -૨૦૨૦ કે ત્યારબાદ પાસ થયા હોય તેવા B.Sc નર્સિંગ પાસ થયેલ ઉમેદવારો.	રૂ.૨૫૦૦૦/- ફિક્સ + વધુમાં વધુ રૂ.૧૦૦૦૦/- સુધી પરફોર્મન્સ લીંક ઇન્સેન્ટીવ

અરજી મોકલવાનું સરનામું : મુખ્ય જિલ્લા આરોગ્ય અધિકારીશ્રીની કચેરી,  
આરોગ્ય શાખા, બીજો માળ, સાબરકાંઠા જિલ્લા પંચાયત, હિંમતનગર

મિશન ડાયરેક્ટર  
ડીસ્ટ્રીક્ટ હેલ્થ સોસાયટી, સાબરકાંઠા

**અરજી ફોર્મ**  
જિલ્લા આરોગ્ય સોસાયટી, સાબરકાંઠા જિલ્લા પંચાયત, હિંમતનગર  
(સંવર્ગ: કોમ્યુનીટી હેલ્થ ઓફિસર)

ઉમેદવારનો  
તાજેતરનો  
પાસપોર્ટ  
સાઇઝનો  
ફોટોગ્રાફ

પ્રતિશ્રી  
મુખ્ય જિલ્લા આરોગ્ય અધિકારીશ્રી,  
સાબરકાંઠા જિલ્લા પંચાયત  
હિંમતનગર

૧. ઉમેદવારનું નામ : .....
૨. વોટ્સએપ મોબાઇલ નં. : .....
૩. ઇ-મેઇલ એડ્રેસ : .....
૪. હાલના પત્ર વ્યવહારનું સરનામું : .....
૫. કાયમી સરનામું : .....
૬. જન્મ તારીખ : ..... ઉંમર(વર્ષ/માસ) : .....
૭. રાષ્ટ્રીયતા : .....
૮. શૈક્ષણિક લાયકાત :

શૈક્ષણિક લાયકાત	સ્કૂલ/કોલેજનું નામ	પાસ કર્યાનું વર્ષ	કેટલા પ્રયત્નમાં	ટકાવારી

૯. ગુજરાત આયુર્વેદીક અને યુનાની કાઉન્સિલ/નર્સિંગ કાઉન્સિલ રજીસ્ટ્રેશન નંબર : .....

૧૦. અનુભવ

સંસ્થાનું નામ	હોદ્દો	સમયગાળો(વર્ષ/માસ)	રીમાર્ક્સ

**બાંહેધરી પત્રક**

આથી હું મારી સંપૂર્ણ સંમતિ સાથે જણાવું છું કે ઉપરોક્ત અરજીમાં દર્શાવેલ તમામ માહિતી સાચી છે. ઇન્ટરવ્યુ દરમ્યાન કે નિમણુંક થયા બાદ તેમાંની કોઇપણ માહિતી અયોગ્ય કે ખોટી સાબિત થશે તો નિમણુંક સત્તાધિકારીશ્રીનો નિર્ણય મને બંધનકર્તા રહેશે.

ઉમેદવારની સહી.....

**બિડાણ**

૧. શૈક્ષણિક લાયકાત સબબના પ્રમાણપત્રોની પ્રમાણિત ઝેરોક્ષ નકલ
૨. ગુજરાત આયુર્વેદીક અને યુનાની કાઉન્સિલ/નર્સિંગ કાઉન્સિલ રજીસ્ટ્રેશન પ્રમાણપત્રોની પ્રમાણિત નકલ
૩. ફોટો આઇ.ડી. કાર્ડની પ્રમાણિત ઝેરોક્ષ નકલ
૪. શાળા છોડ્યાના પ્રમાણપત્રની પ્રમાણિત નકલ
૫. CCMનું પ્રમાણપત્ર/માર્કશીટની પ્રમાણિત ઝેરોક્ષ નકલ (નિવિદ્યામાં આપેલ લાયકાત ક્રમ નં.૧ ના ઉમેદવાર માટે)
૬. હાલ CHO તરીકે કામગીરી કરતા નથી તે અંગેના રૂ.૫૦/- ના સ્ટેમ્પ પેપર પર નોટરી કરાવેલ સેલ્ફ ડીક્લેરેશન સોગંદનામું