



ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ

ಕೊಡಗು ಜಿಲ್ಲಾ ಪಂಚಾಯತ್

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಕಛೇರಿ, ಮಡಿಕೇರಿ, ಕೊಡಗು ಜಿಲ್ಲೆ - 571 201

ದೂರವಾಣಿ ಸಂ: 08272-225443

e-mail:dhokodagu@gmail.com

ಸಂಖ್ಯೆ: ಆ.ಭಾ.ಆ.ಕ/50/2019-20

ದಿನಾಂಕ: 05.02.2020

ಪ್ರಕಟಣೆ

ಜಿಲ್ಲಾ ಸಂಯೋಜಕರ, ಎಸ್.ಎ.ಎಸ್.ಟಿ ಹುದ್ದೆಗೆ ಅರ್ಜಿ ಸ್ವೀಕೃತಿ ಆಹ್ವಾನ

Application for the Post of SAST District Co-Ordinator

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ, ಸುವರ್ಣ ಆರೋಗ್ಯ ಸುರಕ್ಷಾ ಟ್ರಸ್ಟ್ ಮೂಲಕ ಆಯುಷ್ಮಾನ್ ಭಾರತ್ - ಆರೋಗ್ಯ ಕರ್ನಾಟಕ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಸಂಯೋಜಕರ ಹುದ್ದೆಯನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಲು ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಜಿಲ್ಲಾ ಜಾಲತಾಣ www.kodagu.nic.in ದಿಂದ Download ಮಾಡಿ ಭರ್ತಿಯಾದ ಅರ್ಜಿ ಮತ್ತು ಇತರೆ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ಜಿಲ್ಲಾ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಕಛೇರಿ, ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ, ಮಡಿಕೇರಿ, ಕೊಡಗು ಜಿಲ್ಲೆ ಇವರಿಗೆ ಸ್ಟೀಡ್ ಪೋಸ್ಟ್/ನೋಂದಾಯಿತ ಪೋಸ್ಟ್/ಕೋರಿಯರ್ (Hard copy) ಮೂಲಕ ಮತ್ತು ಇ-ಮೇಲ್ dlokodagu@gmail.com ಗೆ ಎಲ್ಲಾ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು PDF ಮಾಡಿ ದಿನಾಂಕ 14-02-2020ರೊಳಗೆ ಸಂಜೆ 4:30 ಗಂಟೆ ಒಳಗೆ ಸಲ್ಲಿಸಲು ಸೂಚಿಸಿದೆ. ನಂತರ ಸ್ವೀಕೃತವಾದ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಆಯ್ಕೆಗೆ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳು ದಿನಾಂಕ 17-02-2020ರಂದು 11:00 ಗಂಟೆಗೆ ಮಾನ್ಯ ಮುಖ್ಯ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಾಹಕಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಕಛೇರಿಯ ಸಭಾಂಗಣದಲ್ಲಿ ನಡೆಯುವ ಸಂದರ್ಶನಕ್ಕೆ ಹಾಜರಾಗಲು ಸೂಚಿಸಿದೆ.

ಹುದ್ದೆಯ ವಿವರ:

ಕ್ರ. ಸಂಖ್ಯೆ	ಹುದ್ದೆ	ಖಾಲಿ ಹುದ್ದೆ	ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ	ಅನುಭವ	ವೇತನ
1	ಜಿಲ್ಲಾ ಸಂಯೋಜಕರು	01	ಎಂ.ಬಿ.ಬಿ.ಎಸ್/ ಬಿ.ಡಿ.ಎಸ್/ಎಂ. ಪಿ.ಹೆಚ್	ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಕನಿಷ್ಠ 3 ವರ್ಷಗಳ ಅನುಭವ ಹೊಂದಿರಬೇಕು	ಎಂ.ಬಿ.ಬಿ.ಎಸ್ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ ಹೊಂದಿದಲ್ಲಿ ರೂ. 50,000/-, ಬಿ.ಡಿ.ಎಸ್/ ಎಂ.ಪಿ.ಹೆಚ್ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ ಹೊಂದಿದಲ್ಲಿ ರೂ. 45,000/-

1. ಪರತ್ತು ಮತ್ತು ನಿಬಂಧನೆಗಳು:

1. ಅರ್ಹ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳು ಗಣಕ ಯಂತ್ರ ನಿರ್ವಹಣೆ (MS Office, Excel, PPT)ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಜ್ಞಾನ ಹೊಂದಿರತಕ್ಕದ್ದು.
2. ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಿರುವ ಅನುಭವವುಳ್ಳ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಲಾಗುವುದು.
3. ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳ ನಿಗದಿಪಡಿಸಿದ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ ಪಡೆದ ನಂತರ ಸೇವಾ ಅನುಭವವನ್ನು ಹೊಂದಿರತಕ್ಕದ್ದು.
4. ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳ ಪರವಾಗಿ ಅಥವಾ ಆಯ್ಕೆ/ನೇಮಕಾತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ರಾಜಕೀಯ ಅಥವಾ ಇತರ ಹೊರಗಿನ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ತರಲು ಯಾವುದೇ ಅವಕಾಶವಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಅಂತಹ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

2. ನೇಮಕಾತಿ:

1. ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯು ಹುದ್ದೆಗೆ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸುವವಾಗ ಅರ್ಜಿಯ ಜೊತೆಗೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಎಲ್ಲಾ ದಾಖಲಾತಿಗಳ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು:

- ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಸ್ವಯಂ ವಿವರ
- ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಲ್.ಸಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ (ಸ್ವಯಂ ದೃಢೀಕರಿಸಿರಬೇಕು)
- ಇತರೇ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ, ಹಾಗೂ ಮೀಸಲಾತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರಗಳು ಇದ್ದಲ್ಲಿ ಸ್ವಯಂ ದೃಢೀಕರಿಸಿ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕು.
- ಅನುಭವ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರಗಳನ್ನು ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಂದ ಪಡೆದು ಸಲ್ಲಿಸುವುದು.
- ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯು ಗುರುತಿನ ಪುರಾವೆಗಳನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸುವುದು (ಆಧಾರ ಕಾರ್ಡ್, ವೋಟರ್ ಐಡಿ, ಡ್ರೈವಿಂಗ್ ಲೈಸೆನ್ಸ್ ಇತ್ಯಾದಿ)

2. ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯು ತಮ್ಮ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನಲ್ಲಿ ಸಂದರ್ಶನಕ್ಕೆ ಹಾಜರಾಗತಕ್ಕದ್ದು.

3. ಸುಳ್ಳು ಅಥವಾ ತಪ್ಪಾದ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ನೇಮಕಾತಿ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ಅನ್ಯಾಯದ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಬಳಸಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅಂತಹ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳದೇ ತಿರಸ್ಕರಿಸಲಾಗುವುದು ಹಾಗೂ ಅವರ ಮೇಲೆ ಕಾನೂನು ಕ್ರಮ ಜರುಗಿಸಲಾಗುವುದು.

3. ಹಕ್ಕುತ್ಯಾಗ:

1. ಹುದ್ದೆಗಳಿಗೆ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಅಥವಾ ಸಂಹವನಕ್ಕೆ ಹಾಜರಾದ ಮಾತ್ರಕ್ಕೆ ಉದ್ಯೋಗ ಹಕ್ಕನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಅರ್ಹರಾಗುವುದಿಲ್ಲ.
2. ನೇಮಕಾತಿ ಪ್ರಾಧಿಕಾರವು ಯಾವುದೇ ಕಾರಣ ನೀಡದೇ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ತಿರಸ್ಕರಿಸುವ ಹಕ್ಕು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ.
3. ಈ ನೇಮಕಾತಿ ಪ್ರಕಟಣೆಯನ್ನು ಯಾವುದೇ ಕಾರಣ ನೀಡದೆ ಯಾವುದೇ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಹಿಂದಕ್ಕೆ ಪಡೆಯುವ/ರದ್ದು ಪಡಿಸುವ ಅಧಿಕಾರವನ್ನು ನೇಮಕಾತಿ ಪ್ರಾಧಿಕಾರವು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ.

ಸದಸ್ಯ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳು,
ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ
ಮಡಿಕೇರಿ, ಕೊಡಗು ಜಿಲ್ಲೆ



SUVARNA AROGYA SURAKSHA TRUST
Department of Health and Family Welfare
Government of Karnataka



APPLICATION FORMAT
TO BE FILLED IN BY THE APPLICANT

	Applied for :		
1	Name:		
2	Fathers Name/Husband Name		
3	Correspondence Address		
4	Permanent Address:		
5	Date of Birth (dd/mm/yy)	Age:	
6	Caste		
7	Religion		
8	Email ID		
9	Contact No:		
10	Gender	<input type="radio"/> Female ()	<input type="radio"/> Male ()
11	PAN CARD and Aadhaar No.		
12	Do you claim reservation under Article 371(J)?		

Academic Qualifications in descending order

Sl. No	Examination Passed	Name of Institution/University	Year of Passing	% of Marks/ Grade	Specialization

Certification (if any)

Sl. No	Course/ Certification	Field	Name of Institution/University	Year of Passing

Employment Records

SL. No.	Organization	Designation	Period		Job Description
			From (dd/mm/yyyy)	To (dd/mm/yyyy)	
Total Work Experience:					

I declare that the information given in this form is true and complete to the best of my knowledge and belief. I understand the information is needed to help ensure the safety of the Trust and its staff. I am not aware of any circumstances that might cause my employment to be questioned. I understand that any false statement or omission may render me liable to action, which may include dismissal.

Date :

Signature of Applicant