

परीक्षार्थी द्वारा परीक्षा में लिखने हेतु शारीरिक बाध्यता सीमा के संबंध में प्रमाण पत्र

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/ सुश्री/ श्रीमती ,
(दिव्यांग अभ्यर्थी का नाम), पुत्र श्री / पुत्री श्री ,
निवासी..... (गाँव / जिला / राज्य)
की मैंने जांच की है, वे दिव्यांगता वाले दिव्यांग व्यक्ति है (दिव्यांगता के प्रमाण पत्र में
उल्लिखित प्रकृति और दिव्यांगता का प्रतिशत) और यह घोषित करता हूँ की इनकी इस दिव्यांगता के कारण
शारीरिक सीमाएं उनकी लेखन क्षमताओं को बाधित करती हैं।

हस्ताक्षर
शासकीय स्वास्थ्य सेवा संस्थान के मुख्य चिकित्सा अधिकारी / सिविल अधीक्षक

नाम और पदनाम
शासकीय अस्पताल का नाम / स्वास्थ्य सेवा केंद्र की सील के साथ

स्थान :

दिनांक :

ध्यान दें:

प्रमाण पत्र संबंधित संकाय/ विकलांगता विशेषज्ञ (जैसे- दृश-नेत्र रोग विशेषज्ञ, लोकोमोटर विकलांगता-हड्डी रोग विशेषज्ञ / पीएमआर) के द्वारा दिया जाना चाहिए।