

పత్రికా ప్రకటన

జిల్లా వైద్య మరియు ఆరోగ్య శాఖాధికారి వారి కార్యాలయము, ఏలూరు, పశ్చిమగోదావరి జిల్లా.

నోటిఫికేషన్ నెం.4/2020,

తేది: 29.07.2020.

విషయం :- కోవిడ్ - 19 - జిల్లా వైద్య ఆరోగ్య శాఖ నందు స్పెషలిస్ట్ డాక్టర్స్ మరియు జనరల్ డాక్టర్స్ నియామకం కొరకు అర్హత గల అభ్యర్థుల నుండి ధరఖాస్తులు కోరుట గురించి.

#

డైరెక్టర్ ఒఫ్ పబ్లిక్ హెల్త్ & ఫ్యామిలి వెల్ఫేర్, విజయవాడ వారి ఆదేశాల మేరకు జిల్లా వైద్య మరియు ఆరోగ్య శాఖ, ప.గో.జిల్లా, ఏలూరు వారి ఆధీనము నందు స్పెషలిస్ట్ డాక్టర్స్ మరియు జనరల్ డాక్టర్స్ కోవిడ్ 19 అత్యవసర వైద్య విధుల నిమిత్తం పశ్చిమగోదావరి జిల్లా నందు స్పెషలిస్ట్ డాక్టర్స్ మరియు జనరల్ డాక్టర్స్ 6 (ఆరు) నెలలపాటు తాత్కాలిక ప్రాతిపదికన నియమకాలు జరుపనున్నట్లు జిల్లా కలెక్టర్ పశ్చిమగోదావరి జిల్లా ఏలూరు వారు తెలియజేసినారు. ఈ నియమకాలు ఖాళీలను బట్టి నిర్వహించబడును.

స్పెషలిస్ట్ డాక్టర్స్ మరియు జనరల్ డాక్టర్స్ ఉద్యోగ నియామకాల వివరములు మరియు ధరఖాస్తు కొరకు online లో <https://www.westgodavari.org> వెబ్ సైట్ ను సందర్శించవలెను. విద్యా అర్హతలు మరియు ఎంపిక విధానము డైరెక్టర్ ఒఫ్ పబ్లిక్ హెల్త్ & ఫ్యామిలి వెల్ఫేర్, ఆంధ్ర ప్రదేశ్ విజయవాడ వారు ఇచ్చు సూచనల ప్రకారము జరుపబడును.

అర్హులైన అభ్యర్థులు తమ ధరఖాస్తులకు అన్నీ సర్టిఫికేట్ లను జతపరచి జిల్లా వైద్య మరియు ఆరోగ్య శాఖాధికారి వారి కార్యాలయము, ఏలూరు నందు ది.25.06.2020 నుండి 22.07.2020 వరకు కార్యాలయము పని దినములలో అనగా ఉదయం గం. 10.30 నుండి సాయంత్రం 5.00 గం.ల లోపు సమర్పించవలెను. సర్టిఫికేట్లు జతపరచని ధరఖాస్తులు పరిశీలించబడవు.

అర్హత గల అభ్యర్థులు తమ ఒరిజినల్ సర్టిఫికేట్స్ మరియు బయోడేటా తో పాటు జిరాక్స్ సర్టిఫికేట్స్ జత చేస్తూ వాక్ - ఇన్ - ఇంటర్వ్యూ నిమిత్తం గోదావరి సమావేశమందిరం, కలెక్టరేటు, ఏలూరు, పశ్చిమగోదావరి జిల్లా నందు ది. 30-07-2020 మరియు 31-07-2020 ఉదయం 10.00 నుండి సాయంత్రము 5.00 గంటల లోపు హాజరు కావలసినదిగా జిల్లా వైద్య ఆరోగ్య శాఖాధికారి, పశ్చిమగోదావరి జిల్లా వారు ప్రకటన లో తెలియ చేసినారు. పోస్టుల ఖాళీల సంఖ్య పెంచుటకు, తగ్గించుటకు, అమలుచేయుటకు మరియు నిలుపుదల చేయడానికి జిల్లా నియామకపు కమిటీ, పశ్చిమగోదావరి జిల్లా వారికి పూర్తి అధికారము కలదు.

జిల్లా వైద్య మరియు ఆరోగ్య శాఖాధికారిణి,

పశ్చిమ గోదావరి, ఏలూరు

నోటిఫికేషన్ నెం.4/2020 జిల్లా వైద్య మరియు ఆరోగ్య శాఖాధికారి వారి కార్యాలయము, ఏలూరు,

పోస్టు వివరములు

క్రమ సంఖ్య	కేటగిరీ	ఖాళీలు సంఖ్య	విద్యార్హతలు	కనీస వేతనము [రూ]
1	మెడికల్ ఆఫీసర్	204	ఏం.బి.బి.ఎస్., మరియు ఏపీ మెడికల్ కౌన్సిల్ ఆఫ్ ఇండియా బోర్డు కౌన్సిల్ రిజిస్ట్రేషన్	70, 000/-
2	జనరల్ మెడిసిన్	33	ఎమ్.డి. (జనరల్ మెడిసిన్) మరియు ఏపీ మెడికల్ కౌన్సిల్ ఆఫ్ ఇండియా బోర్డు కౌన్సిల్ రిజిస్ట్రేషన్	1,50,000/-
3	అనస్తాసియా	33	ఎమ్.డి. (అనస్తాసియా) మరియు ఏపీ మెడికల్ కౌన్సిల్ ఆఫ్ ఇండియా బోర్డు కౌన్సిల్ రిజిస్ట్రేషన్	1,50,000/-
4	పల్మనరీ మెడిసిన్	23	ఎమ్.డి. (పల్మనరీ మెడిసిన్) మరియు ఏపీ మెడికల్ కౌన్సిల్ ఆఫ్ ఇండియా బోర్డు కౌన్సిల్ రిజిస్ట్రేషన్	1,50,000/-

GUIDELINES AND INSTRUCTION FOR FILLING UP OF APPLICATION.

The filled in application should be submitted duly enclosing the following certificates at the time of walk interview on .07.2020.

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	AP Medical Council of India Board Registration Certificate.
6	Internship Certificate.
7	Latest Caste Certificate issued by the Tashildhar/MRO concerned.
8	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)
9	1 Photographs duly pasted on the application form with self attestation

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

NOTIFICATION FOR THE RECRUTMENT OF MEDICAL OFFICER (CAS) AND SPECIALIST DOCTOR IN MD (GENERAL MEDICINE), MD (PULMONARY MEDICINE) MD (ANASTHIOLOGY) POSTS ON CONTRACT BASIS PUERLY ON TEMPORARY BASIS FOR A PERIOD OF 6 MONTHS FOR PROVIDING SERVICE FOR PANDEMIC COVID - 19 IN WEST GODAVARI DISTRICT 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)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">DD</td> <td style="text-align: center;">MM</td> <td style="text-align: center;">YEAR</td> <td style="text-align: center;">AGE</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table>					DD	MM	YEAR	AGE	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
DD	MM	YEAR					AGE							
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>					<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>							
6	Social Status (Please tick)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">OC</td> <td style="text-align: center;">BC A</td> <td style="text-align: center;">BC B</td> <td style="text-align: center;">BC C</td> <td style="text-align: center;">BC D</td> <td style="text-align: center;">BC E</td> <td style="text-align: center;">SC</td> <td style="text-align: center;">ST</td> </tr> </table> <p>Note : If the ST Candidate Comes under Local Scheduled area please submit their Local Scheduled Area Certificate issued by the Concerned MRO's</p>	OC	BC A	BC B	BC C	BC D	BC E	SC	ST				
OC	BC A	BC B	BC C	BC D	BC E	SC	ST							
7	Whether Physically Handicapped (Please tick)	YES / NO												

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 (MBBS/ MD (GENERAL MEDICINE)/ MD (PULMONARY MEDICINE)/ MD (ANASTHIOLOGY), POSTS).	% OF MARKS OBTAINED
Number and Date of AP MCI Council Registration			
Validate period of AP MCI 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.