

2. दो वर्ष की सेवा पूर्ण कर ली हो
 3. दो वर्ष से अधिक सेवा की है/कर रहे हैं
- यदि हों तो निर्धारित प्रपत्र में प्रमाण-पत्र संलग्न करें।
13. यदि आप खिलाड़ी रहे हों तो –
1. अन्तर्राष्ट्रीय स्तर के खिलाड़ी
 2. राष्ट्रीय स्तर के खिलाड़ी
 3. राज्य स्तर के खिलाड़ी
 4. विश्वविद्यालय/कालेज/स्कूल स्तर के खिलाड़ी
- यदि हों तो प्रमाण-पत्र संलग्न करें।
14. क्या किसी राजकीय सेवा अथवा अर्द्धसरकारी सेवा में कार्यरत है, यदि हों तो अनापत्ति प्रमाण-पत्र संलग्न करें।
15. दो राजपत्रित अधिकारियों के अद्यतन चरित्र प्रमाण-पत्र संलग्न करें, जो कम से कम छः माह पूर्व से आपको जानते हो।
16. क्या किसी सरकारी/अर्द्धसरकारी सेवा से डिबार तो नहीं किये गये है।
17. क्या आपके विरुद्ध किसी सक्षम न्यायालय में कोई अभियोग तो विचाराधीन नहीं है अथवा सजायाफ्ता तो नहीं है।
18. यदि सेवायोजन कार्यालय में पंजीकृत हो तो पंजीयन संख्या का उल्लेख करें। पंजीकरण संख्या.....
दिनांक..... जनपद.....
19. अन्य विवरण यदि कोई हो–

घोषणा-पत्र

मैं एतद्वारा घोषित करता/करती हूँ कि ऊपर लिखित सूचनायें सही है। मुझे यह भी विदित है कि यदि कोई दी गयी सूचना किसी स्तर पर गलत/असत्य पाई जायेगी तो मेरे विरुद्ध कानूनी कार्यवाही करने के अलावा मेरी अभ्यर्थता/नियुक्ति निरस्त कर दी जायेगी।

दिनांक :

हस्ताक्षर आवेदनकर्ता

(हस्ताक्षर न होने अथवा पठनीय न होने पर)
आवेदन पत्र अस्वीकृत कर दिया जायेगा)

संलग्नक – प्रमाण पत्र क्रमवार

1–

2–

3–

4–

5–

आवेदन पत्र का प्रारूप
कार्यालय आबकारी आयुक्त, उत्तर प्रदेश
171, ममफोर्डगंज, आबकारी भवन, इलाहाबाद
कनिष्ठ लिपिक-सह-टंकक पद पर चयन हेतु प्रवेश पत्र
कार्यालय प्रति

अनुक्रमांक.....
श्री.....
आत्मज.....पता

पासपोर्ट साइज
का फोटो
अभिप्रमाणित

आपको कनिष्ठ लिपिक-सह-टंकक के पद पर चयन हेतु लिये जाने वाले टंकण परीक्षा में सम्मिलित होने की अनुमति प्रदान की जाती है। आप दिनांक-

स्थान -

समय -

बजे उपस्थित हो। टंकण परीक्षा में सफल अभ्यर्थियों को ही साक्षात्कार हेतु

बुलाया जायेगा, जिसकी सूचना दैनिक समाचार-पत्रों के माध्यम से दी जायेगी।

नोट :- टंकण परीक्षा हेतु टाइपराइटर लाना अनिवार्य होगा।

मुख्य परीक्षा नियन्त्रक
कार्यालय आबकारी आयुक्त, उ०प्र०
इलाहाबाद।

नोट :- अभ्यर्थी प्रवेश-पत्र पर अपना नाम एवं पता स्वयं भरे तथा पासपोर्ट साइज की फोटो जो राजपत्रित अधिकारी द्वारा प्रमाणित हो चस्पा करें।

आवेदन पत्र का प्रारूप
कार्यालय आबकारी आयुक्त, उत्तर प्रदेश
171, ममफोर्डगंज, आबकारी भवन, इलाहाबाद
कनिष्ठ लिपिक-सह-टंकक पद पर चयन हेतु प्रवेश पत्र
अभ्यर्थी प्रति

अनुक्रमांक.....
श्री.....
आत्मज.....पता

पासपोर्ट साइज
का फोटो
अभिप्रमाणित

आपको कनिष्ठ लिपिक-सह-टंकक के पद पर चयन हेतु लिये जाने वाले टंकण परीक्षा में सम्मिलित होने की अनुमति प्रदान की जाती है। आप दिनांक-

स्थान -

समय -

बजे उपस्थित हो। टंकण परीक्षा में सफल अभ्यर्थियों को ही साक्षात्कार हेतु

बुलाया जायेगा, जिसकी सूचना दैनिक समाचार-पत्रों के माध्यम से दी जायेगी।

नोट :- टंकण परीक्षा हेतु टाइपराइटर लाना अनिवार्य होगा।

मुख्य परीक्षा नियन्त्रक
कार्यालय आबकारी आयुक्त, उ०प्र०
इलाहाबाद।

नोट :- अभ्यर्थी प्रवेश-पत्र पर अपना नाम एवं पता स्वयं भरे तथा पासपोर्ट साइज की फोटो जो राजपत्रित अधिकारी द्वारा प्रमाणित हो चस्पा करें।

स्वस्थता का प्रमाण-पत्र

उत्तर प्रदेश अधीनस्थ आबकारी सेवा में प्रवेश के लिये अभ्यर्थी की शारीरिक स्वस्थता का प्रमाण पत्र:-

नाम-

जाति-

निवास स्थान-

ग्राम-

पोस्ट-

जिला-

बायें अगूठें का निशान

स्वास्थ्य प्रमाण-पत्र

मैं एतद्द्वारा प्रमाणित करता हूँ कि मैंने श्री.....
की जाँच की और उसमें कोई बीमारी या शारीरिक दुर्बलता नहीं मिली सिवाय.....

.....
मैं नहीं समझता कि कनिष्ठ लिपिक-सह टंकक के रूप में सेवायोजन के लिये यह अनर्ह है।
देखने में उनकी आयु.....वर्ष है।

दिनांक :

मुख्य चिकित्साधिकारी

NAME & ADDRESS OF THE INSTITUTE/HOSPITAL

ANNEXURE

Certificate No.

Date

DISABILITY CERTIFICATE

Recent Photograph
of the candidate
showing the
disability duly
attested by the
Chairperson of the
Medical Board.

This is certified that Shri/Smt./Kum.
son/wife/daughter of Shri age
sex identification mark (S) is suffering from
permanent disability of following category:

A. Locomotor or cerebral palsy:

- (i) BL-Both legs affected but not arms.
- (ii) BA-Both arms affected
 - (a) Impaired reach
 - (b) Weakness of grip
- (iii) BLA-Both legs and both arms affected
- (iv) OL-One leg affected (right or left)
 - (a) Impaired reach
 - (b) Weakness of grip
 - (c) Ataxic
- (v) OA- One arm affected
 - (a) Impaired reach
 - (b) Weakness of grip
 - (c) Ataxic
- (vi) BH-Stiff back and hips (Cannot sit or stoop)
- (vii) MW-Muscular weakness and limited physical endurance.

B. Blindness or Low Vision:

- (i) B-Blind
- (ii) PB-Partialy Blind

C. Hearing impairment :

- (i) D-Deaf
- (ii) PD-Partially Deaf

(Delete the category whichever is not applicable)

2. This condition is progressive/non-progressive/likely to improve/not likely to improve. Re-assessment of this case is not recommended/is recommended after a period of ----- years ----- months.*

3. Percentage of disability in his/her case is ----- percent.

4. Sh./Smt./Kum. ----- meets the following physical requirements for discharge of his/her duties:-

- | | |
|--|--------|
| (i) F-can perform work by manipulating with fingers. | Yes/No |
| (ii) PP-can perform work by pulling and pushing. | Yes/No |
| (iii) L-can perform work by lifting. | Yes/No |
| (iv) KC-can perform work by kneeling and crouching. | Yes/No |
| (v) B-can perform work by bending. | Yes/No |
| (vi) S-can perform work by sitting. | Yes/No |
| (vii) ST-can perform work by standing. | Yes/No |
| (viii) W-can perform work by walking | Yes/No |
| (ix) SE-can perform work by seeing. | Yes/No |
| (x) H-can perform work by hearing/speaking. | Yes/No |
| (xi) RW-can perform work by reading and writing. | Yes/No |

(Dr. -----)
Member
Medical Board

(Dr. -----)
Member
Medical Board

(Dr. -----)
Chairperson
Medical Board

Countersigned by the
Medical Superintendent/CMO/Head of
Hospital (with seat)

*Strike out which is not applicable.