

































**11. ಹೆಚ್‌ಎಸ್ ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆಗಳು:-**

ಕೇಂದ್ರ ಕಾರ್ಬೀರಿಯ ಮಾಹಿತಿ ಕೇಂದ್ರ :	080-30574957/ 30574901
ಪ್ರಾಂತೀಯ ಕಾರ್ಬೀರಿ ಮೈಸೂರು :	0821-2545956
ಪ್ರಾಂತೀಯ ಕಾರ್ಬೀರಿ ಬೆಳಗಾವಿ :	0831-2475345
ಪ್ರಾಂತೀಯ ಕಾರ್ಬೀರಿ ಕಲ್ಬಿಗ್ರಿ :	08472-227944
ಪ್ರಾಂತೀಯ ಕಾರ್ಬೀರಿ ಶಿವಮೊಗ್ಗ :	08182-228099

**12. ದುರ್ನಡತೆ:-**

ಒಬ್ಬ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯು ನಕಲಿ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿರುವನೆಂದು ಅಧವಾ ಖೋಳ್ಟಾ ದಸ್ತಾವೇಜು ಅಧವಾ ತಿದ್ದಲಾದ ದಸ್ತಾವೇಜುಗಳನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿರುವನೆಂದು ಅಧವಾ ತಪ್ಪು ಅಧವಾ ಸುಜುಗು ಹೇಳಿಕೆ ನೀಡಿರುವನೆಂದು ಅಧವಾ ವಾಸ್ತವಿಕ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಮರೆಮಾಡಿರುವನೆಂದು ಅಧವಾ ನೇಮಕಾತಿ ಉದ್ದೇಶಗಳಿಗಾಗಿ ನಡೆಸಲಾದ ಸಂದರ್ಶನದಲ್ಲಿ ಅನುಚಿತ ಮಾರ್ಗವನ್ನು ಅನುಸರಿಸುತ್ತಿರುವನೆಂದು ಅಧವಾ ಅನುಸರಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿರುವನೆಂದು ಅಧವಾ ಅವರ ನೇಮಕಾತಿಯ ಸಂಬಂಧದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಇತರೆ ಅಕ್ರಮ ಮತ್ತು ಅನುಚಿತ ಮಾರ್ಗವನ್ನು ಆವಲಂಬಿಸಿರುವನೆಂದು, ಕಂಡುಬಂದಲ್ಲಿ ಅವನು/ಅವಳು ಸ್ವತಃ ಕ್ರಿಮಿನಲ್ಲಾ ವ್ಯವಹರಣೆಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಶಿಸ್ತ ಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಒಳಪಡುವುದಲ್ಲದೆ; ಹುದ್ದೆಯ ಸಂದರ್ಶನದಿಂದ /ಅರ್ಥಾತ್ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯಾಗಿರುವನ್ನು ರದುಗೊಂಡಿಸಲಾಗುವುದು.

**ಕೆ ಅಧಿಸೂಚನೆಯು ಮಾನ್ಯ ಸರ್ವೋಚ್ಚ ನಾಯಾಲಯದಲ್ಲಿ ದಾಖಿಲಾಗಿರುವ ಪ್ರಕರಣ ಸಂಖ್ಯೆ:435/2023ರ ಅಂತಿಮ ಅದೇಶದ ತೀರ್ಣಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ.**

(ಸುರಳ್ಳುರ್ ವಿಕಾಸ್ ಕೆಲೋರ್)

ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ

ಕನಾಟಕ ಲೋಕ ಸೇವಾ ಅರ್ಥಾಗ



(ಪ್ರವರ್ಗ-1 ಕೆಂಕೆ ಸೇರಿದ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ)

ನಮೂನೆ - ೪

(ಸಿಯಮು 3ಂ (2) (3) ನೋಡಿ)

ಹಿಂದುಳಿದ ವರ್ಗಗಳಿಗೆ (ಪ್ರವರ್ಗ-1) ಸೇರಿದ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳಿಗೆ ನೀಡುವ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ

.....ಗ್ರಾಮ / ಪಟ್ಟಣದ / ನಗರ ನಿವಾಸಿಯಾದ ಶ್ರೀ /

ಶ್ರೀಮತಿ.....

.....ಇವರ ಮಗ / ಮಗಳು / ಪತ್ನಿ / ಪತಿಯಾದ ಶ್ರೀ / ಶ್ರೀಮತಿ.....

.....ಇವರು ಹಿಂದುಳಿದ ವರ್ಗಗಳ (ಪ್ರವರ್ಗ)

.....ಜೊತಿಯ .....ಇವರ ಜೊತಿಗೆ ಸೇರಿರುತ್ತಾರೆಂದು

ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಸಂಖ್ಯೆ :

ತಾತ್ತ್ವಿಕಾರ್ಥ

ದಿನಾಂಕ :

.....ತಾಲೂಕು

ಕಣ್ಣೇರಿಯ ಮೊಹರು







ನಮೂನೆ – 2ಗ್ರಾಮೀಣ ಅಭಿಧಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ ..... ರವರ ಮಗ/ ಮಗಳು/  
 ಪತಿ/ ಪತ್ನಿ/ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ/ಕುಮಾರಿ..... ಜಿಲ್ಲೆ  
 ..... ತಾಲ್ಲೂಕು..... ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ .....  
 ವಾಸವಾಗಿರುವ ಇವರು ಒಂದನೇ ತರಗತಿಯಿಂದ ..... ತರಗತಿಯವರೆಗೆ  
 ..... ಜಿಲ್ಲೆ ..... ತಾಲ್ಲೂಕು.....  
 ಪಟ್ಟಣಿ ..... ಶಾಲೆಯಲ್ಲಿ ವಾಸಂಗ ಮಾಡಿ ..... ವರ್ಷ ನಡೆದ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ  
 ೯೧ತ್ತೀಣರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಈ ಶಾಲೆಯು ಅಭಿಧಿಯ ವಾಸಂಗ ಮಾಡಿದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಕನಾಣಿಕ ಪೌರ ನಿಗಮಗಳ ಅಧಿನಿಯಮ, 1976  
 ಅಥವಾ ಕನಾಣಿಕ ಪೌರ ಸಭೆಗಳ ಅಧಿನಿಯಮ 1964ರ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ ೧೦೦ ದೊಡ್ಡ ನಗರ ಪ್ರದೇಶ ಸಣ್ಣ ನಗರ ಪ್ರದೇಶ  
 ಅಥವಾ ಪರಿವರ್ತನೆ ಹಂತದಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಹೊರತಾದ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿತ್ತು.

ಮೇಲು ರೂಜು ಸಹಿ  
 ಶ್ರೀತೃ ಶಿಕ್ಷಣ ಅಧಿಕಾರಿ ಮುಖ್ಯಪೊಧಾಯರ ಸಹಿ  
 ಕಣ್ಣೇರಿಯ ಮೊಹರು ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಥೆಯ ಮೊಹರು

ಸಫಳ :  
 ದಿನಾಂಕ :

ಕನ್ನಡ ಮಾಧ್ಯಮ ವಾಸಂಗ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ..... ರವರ ಮಗ/ಮಗಳು/ಪತಿ/ಪತ್ನಿ/ಶ್ರೀಮತಿ/ಕುಮಾರಿ  
 ..... ಜಿಲ್ಲೆ ..... ತಾಲ್ಲೂಕು  
 ..... ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ ವಾಸವಾಗಿರುವ ಇವರು ..... ನೇ ತರಗತಿಯಿಂದ  
 ..... ನೇ ತರಗತಿಯವರೆಗೆ ..... ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ವರ್ಷದಿಂದ  
 ..... ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ವರ್ಷದವರೆಗೆ ..... ಶಾಲೆಯಲ್ಲಿ ಕನ್ನಡ ಮಾಧ್ಯಮದಲ್ಲಿ ವಾಸಂಗ  
 ಮಾಡಿರುತ್ತಾರೆಂದು ಪ್ರಮಾಣಿಕರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಸಫಳ:  
 ದಿನಾಂಕ: ಮುಖ್ಯಪೊಧಾಯರ ಸಹಿ ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಥೆಯ ಮೊಹರು

ಸರ್ಕಾರದ ಸುತ್ತೊತ್ತಲೆ ಸಂಖ್ಯೆ:ಸಿಆಸ್‌ಜಾ 44 ಸನೇನಿ 2001 ದಿನಾಂಕ:27.07.2001

ನಮೂನೆ-3

ಯೋಜನೆಗಳಿಂದ ನಿರ್ವಹಿತರಾದ ಕುಟುಂಬದ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ.....ಎಂಬುವವರ ಮಗ/ ಮಗಳು/ ಪತಿ/ ಪತ್ನಿ

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ/ಕುಮಾರಿ.....ಜಿಲ್ಲೆ.....ತಾಲೂಕು.....ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ

.....ವಾಸವಾಗಿರುವ ಇವರು: ಇವರ ಕುಟುಂಬದವರ ಆವಲಂಬಿತರಾಗಿದ್ದ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಅಸ್ತಿಯನ್ನು

..... ಯೋಜನೆಗಾಗಿ .....ಇಸವಿಯಲ್ಲಿ ಸಾಷ್ಟಿನಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ ಎಂದು ಈ ಮೂಲಕ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸಿದೆ.

(ಅ) \* \* ವಾಸಿಸುವ ಮನೆ ಮತ್ತು ತಾವು ಆವಲಂಬಿತರಾಗಿದ್ದ ಆವರ ಕೃಷಿ ಭೂಮಿಯ ಆಧ್ಯಾದಮ್ಯಾ

(ಆ) \* \* ಯೋಜನೆಗೆ ಮೊದಲು ಭೂಮಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರದೆ: ಯೋಜನೆಯಿಂದ ತಾವು ವಾಸಿಸುವ ಮನೆ:

(ಇ) \* \* ತಾವು ಆವಲಂಬಿತರಾಗಿದ್ದ ತಮ್ಮ ಕೃಷಿ ಭೂಮಿಯ ಆಧ್ಯಾದಮ್ಯಾ ಆಧವಾ ಆದಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಕೃಷಿ ಭೂಮಿ:

(ಈ) \* \* ಇತರ ಇನ್ನಾನ್ನಾದ್ದೇ ಪ್ರಕರಣದಲ್ಲಿ ಯೋಜನೆಯಿಂದ ನಿರ್ವಹಿತರಾದವರು.

ಸಫ್ಲೆ :

ದಿನಾಂಕ

ತಹಶೀಲಾದರ್

ತಾಲೂಕು/ಕಣ್ಣೇರಿಯ ಮೊಹರು

GOVERNMENT OF KARNATAKA  
DEPARTMENT OF SAINIK WELFARE AND RESETTLEMENT  
Office of the Deputy Director  
Department of Sainik Welfare & Resettlement  
(Karnataka)

No.

Date:

CERTIFICATE

This is to certify that Shri/Smt/Kum.....is an applicant for  
.....in Karnataka is the spouse/son/daughter of No.....Rank.....

Name .....who died/was permanently disabled while in service  
according to the certificate issued by Defence Authority. He died/was permanently disabled  
on.....

Home address of the individual at the time of joining Defense Service as per the records is:

.....  
.....

Place:

Signature of the Deputy Director

Date:

Department of Sainik Welfare & Resettlement

District

.....

CERTIFICATE FOR THE PERSONS WITH DISABILITIES

This is to certify that Sri / Smt / Kum ..... son/ wife / daughter of Shri ..... Age ..... old, male / female, Registration No ..... is a case of ..... He / She is physically disabled/visual disabled/speech & hearing disabled and has ..... % (.....percent) permanent (physical impairment visual impairment speech & hearing impairment) in relation to his / her .....

Note :

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

\* Strike out which is not applicable

(Recent Attested Photograph

showing the disability affixed here)

Sd/-  
(Doctor)  
(Seal)

Sd/-  
(Doctor)  
(Seal)

Sd/-  
(Doctor)  
(Seal)

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

Signature / Thumb impression of the disabled person

Explanation:-As per Notification No. DPAR 50 SRR 2000 dated 03-09-2005 “ Physically Handicapped candidates “ or “ person with disability ” means a person suffering from not less than forty percent of any of the following disabilities :-  
(1) Blindness (2) Low Vision (3) Hearing impairment (4) Locomotor disability (5) Leprosy cured (6) Mental retardation (7) Mental illness.

(1)Blindness refers to a condition where a person suffers from any of the following conditions, namely:- (a)Total absence of sight; or (b) Visual acuity not exceeding 6/60 or 20/200 (Snellen) in the better eye with correcting lenses; or (c) limitation of the field of vision subtending an angle of 20 degree or worse;(2) Person with low vision means a person with impairment of visual functioning even after treatment or standard refractive correction, but who uses or is potentially capable of using vision for the planning or execution of a task with appropriate assistive device; (3) Hearing impairment means loss of sixty decibels or more in the better ear in the conversational range of frequencies.(4) Locomotor disability means disability of the bones, joints or muscles leading to substantial restriction of the movement of the limbs or any form of cerebral palsy.(5) Leprosy cured:-means any person who has been cured of Leprosy, but is suffering from, (i) Loss of sensation in hands or feet as well as loss of sensation & paresis in the eye & eyelid, but with no manifest deformity;(ii)manifest deformity & paresis but having sufficient mobility in their hands & feet to enable them to engage in normal economic activity; (iii) extreme physical deformity as well as advanced age which prevents him from undertaking any gainful occupation; and the expression “ Leprosy cured “ shall be construed accordingly; (6) Mental Retardation:-means a condition of arrested or incomplete development of mind of a person who is specially characterised by sub normality of intelligence; (7) Mental Illness:- means any mental disorder other than mental retardation.

## ಅನುಬಂಧ-1

(ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ:ಸಿಆಸ್‌ಎಂಎಂ 272 ಸೇನೆನೆ 2013 ದಿನಾಂಕ:11.02.2021ರ ಕಂಡಿಕೆ 5 ರಂತೆ )

(ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯು ಬರೆಯಲು ದೈಹಿಕ ಅಸಮರ್ಪಣೆ ಹೊಂದಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ)

(ದೃಷ್ಟಿ ಮಾಂದ್ರತೆ, ಚಲನವಲನ ವೈಕಲ್ಯ (ಎರಡೂ ತೋಳುಗಳ ಪೀಡಿತ ಗೊಂಡಂತಹ-BA) ಮತ್ತು ಮೆದುಳಿನ ಪಾಶ್ಚಾಯು- ಈ ಎದುಕಾಣವ ಅಂಗವೀಕಲತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ)

ಕೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿಯು,	.....	(ಅಂಗವೈಕಲ್ಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರದಲ್ಲಿ ದಾಖಿಲೆಸಲಾಗಿರುವ			
ಅಂಗವೈಕಲ್ಯತೆಯ ಸಾರೂಪ	ಮತ್ತು	ಪ್ರತಿಶತ	ಪ್ರಮಾಣ)	ಅಂಗವೈಕಲ್ಯವನ್ನು	ಹೊಂದಿರುವ
ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ/ಕುಮಾರಿ.....	(ಅಂಗವಿಕಲ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಹೆಸರು) .....	ಇವರ			
ಮಗ/ಮಗಳು.....	(ಗೌಮ. ತಾಲೂಕು, ಜಿಲ್ಲೆ) ಇಲ್ಲಿನ ನಿವಾಸಿ, ಇವರನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ್ದು, ಇವರ				
ಅಂಗವೈಕಲ್ಯತೆಯು ಇವರ ಬರವಣಿಗೆ ಸಾಮರ್ಪಣವನ್ನು ಕುಂತಿತಗೊಳಿಸುವ ದೃಷ್ಟಿಕ ಅಸಮರ್ಪಣೆಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತದೆ.					

(ಸಹಿ)

ಅಧ್ಯಕ್ಷರು ಮತ್ತು ಸದಸ್ಯರು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿ.

ಸಫ್ಟ್:

ದಿನಾಂಕ:

ಟಿಪ್ಪಣಿ:

- (1) ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿಯ ಸಫ್ಟ್ ವಿವರಗಳೊಂದಿಗೆ, ಮಂಡಳಿಯ ಅಧ್ಯಕ್ಷರು ಮತ್ತು ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಹುದ್ದೆಗಳನ್ನು ಸ್ವಾಚಾರಿ ನಮೂದಿಸಬೇಕು.
- (2) ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯು ಹೊಂದಿರುವ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ತಳ್ಳುವೈದ್ಯರೊಬ್ಬರು ಆಯಾಯ ಮಂಡಳಿಯ ಸದಸ್ಯರಾಗಿರುವುದನ್ನು ವಿಜಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.

ಅನುಭಂಧ-2

(ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ.ಸಿ ಆ ಸು ಇ 272 ಸೇನೆನಿ 2013 ದಿನಾಂಕ: 11-02-2021ರ ಕಂಡಿಕೆ 5 ರಂತೆ)

ತನ್ನ ದೇಹದ ಲಿಪಿಕಾರನ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಮುಚ್ಚಳಿಕೆ ಪತ್ರ

(ಮುಚ್ಚಳಿಕೆ ಪತ್ರವನ್ನು ಈ ಕೆಳಗೆ ನಮುದಿಸಿರುವ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಪಡೆಯತಕ್ಕದ್ವಾರಾ)

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ ..... ಅದ ನಾನು ..... (ಅಂಗ ವ್ಯಕ್ತಲ್ಯದ ಹೆಸರು)  
 ಅಂಗವ್ಯಕ್ತಲ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ..... (ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಹೆಸರು) ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ .....  
ಕುಮ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ..... (ಸಫಳ, ತಾಲೂಕು, ಜಿಲ್ಲೆ) ಸಫಳದಲ್ಲಿನ  
 ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಹಾಜರಾಗಿದ್ದೇನೆ. ನಾನು ..... ವಿದ್ಯಾಹಿತೆಯನ್ನು  
 ಹೊಂದಿರುತ್ತೇನೆ.

ಈ ಕೆಳಗೆ ಸಹಿ ಮಾಡಿರುವ ನನಗೆ ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ/ಕುಮಾರಿ ..... (ಲಿಪಿಕಾರನ ಹೆಸರು)  
 ಇವರು ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಲಾದ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ, ಲಿಪಿಕಾರನ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸಿರುತ್ತಾರೆ ಎಂದು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ತಿಳಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಲಿಪಿಕಾರನ ವಿದ್ಯಾಹಿತೆಯ ..... ಎಂದು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ದೃಷ್ಟಿಕರಿಸಿ, ಮುಚ್ಚಳಿಕೆ ನೀಡುತ್ತೇನೆ. ಒಂದು ವೇಳೆ ಲಿಪಿಕಾರನ ವಿದ್ಯಾಹಿತೆಯ ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಲಾದ ವಿದ್ಯಾಹಿತೆಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದು ಹಾಗೂ ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ.ಸಿ.ಆಸುಇ 272 ಸೇನೆನಿ 2013, ದಿನಾಂಕ: 11-02-2021 ಆದೇಶ ಭಾಗದ ಕಂಡಿಕೆ-04 ಉಪಕಂಡಿಕೆ 07 ರಲ್ಲಿ, ನಿಗದಿಪಡಿಸಿರುವುದಕ್ಕೆ ಒಳಪಡದಿರುವುದು ಯಾವುದೇ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಲ್ಲಿ, ನಾನು ಈ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಉತ್ತೀರ್ಣವಾದಲ್ಲಿ, ಪಡೆಯಬಹುದಾದ ಹುದ್ದೆ ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಎಲಾ್ಲಾ ಹಕ್ಕುಗಳು ನನ್ನಿಂದ ಮುಟ್ಟುಗೊಳು ಹಾಕಿಕೊಳ್ಳಲ್ಪಡುತ್ತವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಸ್ವಾಷಂದ್ರವಾಗಿ ಅರಿತಿರುತ್ತೇನೆ. ಹಾಗೂ ಈ ಪರತ್ತಿಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಒದ್ದನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ.

(ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಪ್ರವೇಶ ಪತ್ರದ ಪ್ರತಿ, ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರದ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಇದರೊಂದಿಗೆ ಲಗತ್ತಿಸತಕ್ಕದ್ವಾರಾ)

ಸಫಳ:

(ಅಂಗವಿಕಲ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಸಹಿ)

ದಿನಾಂಕ