



ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ
ದ.ಕ.ಜಿಲ್ಲಾ ಪಂಚಾಯತ್

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ,
ಲೋಕೋಪಯೋಗಿ ಕಟ್ಟಡ ಸಂಕೀರ್ಣ, ನೆಹರೂ ಮೈದಾನರಸ್ತೆ,
ದಕ್ಷಿಣಕನ್ನಡ, ಮಂಗಳೂರು -575001.

ಇಮೇಲ್: dhodkannada2019@gmail.com

ಪೋನ್ ನಂಬ್ರ: 0824/2423672

ಸಂಖ್ಯೆ : ಸಿ(3) JRO/ 129/2024-25

ದಿನಾಂಕ: 29-01-2025

ಪತ್ರಿಕಾ ಪ್ರಕಟಣೆ

ದಕ್ಷಿಣಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಚೇರಿ ಅಧೀನದಲ್ಲಿ ಬರುವ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಖಾಲಿ ಇರುವ ಸಾಮಾನ್ಯ ಕರ್ತವ್ಯ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿ ಹುದ್ದೆಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಸ.ಆ.ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಖಾಲಿ ಇರುವ ಹಿರಿಯ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿ ಹಾಗೂ ತಾಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಖಾಲಿ ಇರುವ ತುರ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿ ಹುದ್ದೆಗೆ ಕರ್ನಾಟಕ ಲೋಕಸೇವಾ ಆಯೋಗದ ಮೂಲಕ ಖಾಯಂ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳನ್ನು ನೇಮಿಸಿಕೊಳ್ಳುವವರೆಗೆ ಅಥವಾ ವರ್ಗಾವಣೆಯಿಂದಾಗಿ ಸ್ಥಳ ಭರ್ತಿ ಮಾಡುವವರೆಗೆ ಎಂ.ಬಿ.ಬಿ.ಎಸ್., ವೈದ್ಯರನ್ನು ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ ನೇಮಕಾತಿ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಬಗ್ಗೆ ಅರ್ಜಿ ಆಹ್ವಾನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಹುದ್ದೆಯ ವಿವರ ಈ ಕೆಳಗಿನಂತಿದೆ.

ಕ್ರ.ಸಂ.	ವಿವರ	ಖಾಲಿ ಹುದ್ದೆಗಳ ವಿವರ	ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ	ಮೀಸಲಾತಿ	ಮಾಸಿಕ ಸಂಚಿತ ವೇತನ
1	ಎಂಬಿಬಿಎಸ್ ವೈದ್ಯರು	30	ಎಂಬಿಬಿಎಸ್ ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ಮಾನ್ಯತೆ ಪಡೆದ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾನಿಲಯದಿಂದ ಪದವಿ ಹಾಗೂ ಹೌಸ್‌ಮೆನ್‌ಶಿಪ್ ಆಗಿರಬೇಕು	ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ - 5 ಸಾಮಾನ್ಯ ಅರ್ಹತೆ-14 ಪ.ಪಂ -2 ಪ್ರವರ್ಗ-1 -1 ಪ್ರವರ್ಗ-II(ಎ) -5 ಪ್ರವರ್ಗ-IIಬಿ -1 ಪ್ರವರ್ಗ-IIIಎ -1 ಪ್ರವರ್ಗ-IIIಬಿ- 1 ----- ಒಟ್ಟು- 30	ರೂ. 60,000/-

ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾದ ದಾಖಲೆಗಳು :- ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಲ್.ಸಿ ಅಂಕಪಟ್ಟಿ, ಎಂಬಿಬಿಎಸ್ ಎಲ್ಲಾ ವರ್ಷದ ಅಂಕಪಟ್ಟಿಗಳು, ಪದವಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ, ಕೆಎಂಸಿ ರಿಜಿಸ್ಟ್ರೇಶನ್, ಅಂಟಿಪ್ಪ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ, ಇಂಟರ್‌ಶಿಪ್ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ, ಜಾತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರಗಳನ್ನು ಸ್ವಯಂ ದೃಢೀಕರಿಸಿ ಸಲ್ಲಿಸುವುದು.

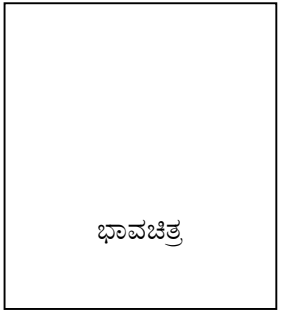
ಸೂಚನೆ : ಈ ನೇಮಕಾತಿಯನ್ನು ಮೆರಿಟ್ ಕಂ ರೋಸ್ಟರ್ ನಿಯಮಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿ ಮಾಡಲಾಗುವುದು.

ವಯೋಮಿತಿ : ದಿನಾಂಕ :06-02-2025 ಕ್ಕೆ ಸಾ.ವರ್ಗ-35, ಇತರ ಹಿಂದುಳಿದ ವರ್ಗಗಳಿಗೆ-38 ವರ್ಷ, ಪ.ಜಾ./ಪ.ಪಂ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳು 40 ವರ್ಷ ಮೀರಬಾರದು.

ನಿಗದಿತ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆಯನ್ನು ಇಲಾಖಾ ವೆಬ್‌ಸೈಟ್ www.dkhfw.in ನಲ್ಲಿಯೇ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಪಡೆದು ಸಂಪೂರ್ಣ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಮತ್ತು ಅರ್ಜಿಯಲ್ಲಿ ತಿಳಿಸಿರುವ ಅಗತ್ಯ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿ ದಿನಾಂಕ : 06-02-2025ರ ಅಪರಾಹ್ನ : 3-00 ಗಂಟೆಯೊಳಗೆ ಈ ಕಚೇರಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸುವುದು. ನಂತರ ಬಂದ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಆಯ್ಕೆಯಾದ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳಿಗೆ ದಿನಾಂಕ : 10-02-2025 ರಂದು ದಕ ಜಿಲ್ಲಾ ಪಂಚಾಯತ್ ಮಂಗಳೂರು ಇಲ್ಲಿನ ವಿಸಿ ಸಭಾಂಗಣದಲ್ಲಿ ಸಂದರ್ಶನ ನಡೆಸಲಾಗುವುದು. ಆಯ್ಕೆಯಾದ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ವೆಬ್‌ಸೈಟ್‌ನಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಿಸಲಾಗುವುದು. ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ ಈ ಕಚೇರಿಯ ದೂರವಾಣಿ ಸಂ : 0824-2423672 ಗೆ ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ.

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿ
ದ.ಕ. ಮಂಗಳೂರು

ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ



ಭಾವಚಿತ್ರ

ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಪ್ರಾ.ಆ.ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಖಾಲಿ ಇರುವ ಸಾಮಾನ್ಯ ಕರ್ತವ್ಯ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿ ಹುದ್ದೆಗಳಿಗೆ ಎಂ.ಬಿ.ಬಿ.ಎಸ್ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ನೇಮಕಾತಿ ಮಾಡುವ ಬಗ್ಗೆ.

ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂ: ಆಕುಕ/479/ಹೆಚ್‌ಎಸ್‌ಹೆಚ್/2014 ದಿ: 6-1-2015

ಅಧಿಸೂಚನೆ ನಂ: ಸಂಖ್ಯೆ:ಸಿ(3) ಜೆಆರ್‌ಓ/129/2024-25 ದಿ: 29-01-2025

ನೀಡಿದ ಜಾಹೀರಾತಿಗನುಸಾರವಾಗಿ.

1.	ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಹೆಸರು (ಬಿಡಿ ಅಕ್ಷರಗಳಲ್ಲಿ)	
2.	ತಂದೆ /ಗಂಡನ ಹೆಸರು	
3.	ಅ) ಅಂಚೆ ವಿಳಾಸ/ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ/ ಈ-ಮೇಲ್ ಐಡಿ: (ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ನಮೂದಿಸಿ)	
	ಆ) ಖಾಯಂ ವಿಳಾಸ	
4.	ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕ(ಅಕ್ಷರಗಳಲ್ಲಿ) Attach Document ಮತ್ತು ವಯಸ್ಸು : ಸ್ಥಳ : ಜಿಲ್ಲೆ :	
4.	ಪುರುಷರೇ/ ಮಹಿಳೆಯೇ	
5.	ಧರ್ಮ :	
6.	ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ /ಪಂಗಡಕ್ಕೆ ಸೇರಿದವರೇ: ದೃಢೀಕೃತ ಪ್ರತಿ ಲಗತ್ತಿಸಿ.	
7.	ಹಿಂದಿಳಿದ ವರ್ಗಕ್ಕೆ ಸೇರಿದವರೇ? ಯಾವ ಗುಂಪಿಗೆ ಸೇರಿದವರು? ದೃಢೀಕೃತ ಪ್ರತಿ ಲಗತ್ತಿಸಿ.	
8.	ಕನ್ನಡ ಮಾಧ್ಯಮ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯೇ? ಹೌದಾದರೆ ದೃಢೀಕೃತ ಪ್ರತಿ ಲಗತ್ತಿಸಿ.	
9.	ಗ್ರಾಮೀಣ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯೇ? ಹೌದಾದರೆ ದೃಢೀಕೃತ ಪ್ರತಿ ಲಗತ್ತಿಸಿ.	
10.	ಅಂಗವಿಕಲ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯೇ? ಹೌದಾದರೆ ದೃಢೀಕೃತ ಪ್ರತಿ ಲಗತ್ತಿಸಿ.	
11.	ಮಾಜಿ ಸೈನಿಕರೇ? ಹೌದಾದರೆ ದೃಢೀಕೃತ ಪ್ರತಿ ಲಗತ್ತಿಸಿ.	
12.	ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ: ಎಂ.ಬಿ.ಬಿ.ಎಸ್ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಪದವಿಯ ಎಲ್ಲಾ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿ.	ತೇರ್ಗಡೆ ಹೊಂದಿದ ವರ್ಷ _____ ದರ್ಜೆ _____

ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಆಂಶಗಳು ಸತ್ಯವಾಗಿರುವುದೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಸ್ಥಳ:

ದಿನಾಂಕ:

ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಸಹಿ.

ಸೂಚನೆಗಳು: 1) ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕ, ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ, ಮೀಸಲಾತಿ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಇವುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅಗತ್ಯ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಸ್ವಯಂ ದೃಢೀಕರಿಸಿ ಲಗತ್ತಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ, ಇತ್ತೀಚಿನ ಭಾವಚಿತ್ರದೊಡನೆ ಸಲ್ಲಿಸುವುದು.

ಅನುಬಂಧ-2

1. ನನ್ನ ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲಿನ ನೇಮಕಾತಿ ತಾತ್ಕಾಲಿಕವಾಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಪ್ರಾ.ಆ.ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಖಾಲಿಯಿರುವ ಸಾಮಾನ್ಯ ಕರ್ತವ್ಯ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿ ಹುದ್ದೆಗಳಿಗೆ ವರ್ಗಾವಣೆಯಿಂದ ಅಥವಾ ಕರ್ನಾಟಕ ಲೋಕ ಸೇವಾ ಆಯೋಗದ ಮೂಲಕ ಖಾಯಂ ವೈದ್ಯರು ನೇಮಕಾತಿಗೊಳ್ಳುವವರೆಗೆ ನನ್ನ ಗುತ್ತಿಗೆ ಸೇವೆ ಎಂಬ ಷರತ್ತಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ.
2. ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ ನೇಮಕಾತಿಗೊಂಡ ನಾನು ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕೂ ಸಕ್ರಮಗೊಳಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲವೆಂಬ ಷರತ್ತಿಗೆ ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ. ಹಾಗೂ ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ ನೇಮಕಾತಿ ಮಾಡಿರುವ ಸ್ಥಳಕ್ಕೆ ವರ್ಗಾವಣೆಗೊಂಡು ಅಥವಾ ಖಾಯಂ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಬಂದಾಗ ಅವರಿಗೆ ಆ ಸ್ಥಳವನ್ನು ಬಿಟ್ಟುಕೊಡುತ್ತೇನೆ ಎಂಬ ಷರತ್ತಿಗೆ ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ.
3. ರಾಜ್ಯದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿನ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಆಗಿರುವುದರಿಂದ ಬೇರೆ ಯಾವುದೇ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಾಗಲಿ ಅಥವಾ ಜಾಗಕ್ಕಾಗಲಿ ವರ್ಗಾವಣೆ ಅಥವಾ ಪ್ರತಿ ನಿಯೋಜನೆ ಪಡೆಯಲು ನನಗೆ ಹಕ್ಕಿಲ್ಲ.
4. ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿಯವರು ಮತ್ತು ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯವು ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ನನಗೆ ವಹಿಸಿದ ಕರ್ತವ್ಯ ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳನ್ನು ತಪ್ಪದೇ ನಾನು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತೇನೆ.
5. ತೃಪ್ತಿಕರವಾದ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಣೆ ಷರತ್ತಿಗೆ ನಾನು ಒಳಪಟ್ಟು ಸಾ.ಕ.ವೈ.ಗಳಿಗೆ ಪ್ರತೀ ತಿಂಗಳಿಗೆ ಎಂಬಿಬಿಎಸ್ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ರೂ. 60,000/- ಸಂಚಿತ ವೇತನವನ್ನು ಮಾತ್ರ ಪಡೆಯಲು ಒಪ್ಪಿದ್ದೇನೆ.
6. ನನ್ನ ನೇಮಕಾತಿಯನ್ನು ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಕಾರಣವಿಲ್ಲದೆ ನಾನು ಅಥವಾ ಸರ್ಕಾರಿ ಉಭಯ ಪಕ್ಷಗಳು ಒಂದು ತಿಂಗಳ ನೋಟೀಸು ಕೊಟ್ಟು ಅಥವಾ ನೋಟೀಸಿನ ಬದಲಾಗಿ ಎಂಬಿಬಿಎಸ್ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ರೂ.60,000/- ಮೊತ್ತವನ್ನು ನೀಡಿ ಪರ್ಯಾವಸಾನಗೊಳಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.
7. ನಾನು ಕರ್ತವ್ಯಕ್ಕೆ ಹಾಜರಾದಾಗ ನನ್ನ ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆಗಳು, ವಯಸ್ಸು, ಜಾತಿ ಮತ್ತು ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯದ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರಗಳ ಮೂಲ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ಹಾಜರಿಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ.
8. ನಾನು ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರಿಗೆ ಸಿಗುವಂತಹ ಎಲ್ಲಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಸಿದ್ಧನಿದ್ದೇನೆ.
9. ನಾನು ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರಿಗೆ ಸಿಗುವಂತಹ ಎಲ್ಲಾ ರಜೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಸಿದ್ಧನಿದ್ದೇನೆ.
10. ನನ್ನ ದುರ್ನಡತೆಯಿಂದಾಗಿ ಸರ್ಕಾರಕ್ಕೆ ಯಾವುದೇ ತರದ ನಷ್ಟ ಉಂಟಾದಲ್ಲಿ ಅದನ್ನು ನಾನು ಸರ್ಕಾರಕ್ಕೆ ತುಂಬಿ ಕೊಡುತ್ತೇನೆ.
11. ನಾನು ಖಾಯಂ ನೇಮಕಾತಿಗಾಗಲೇ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ವೇತನಕ್ಕಾಗಲೀ ನಿವೃತ್ತ ಉಪದಾನಕ್ಕಾಗಲೀ ವೇತನ ಶ್ರೇಣೀಗಾಗಲಿ ಅಥವಾ ಇನ್ನಿತರ ಯಾವುದೇ ಭತ್ಯೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಹಕ್ಕನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಒಪ್ಪಿರುತ್ತೇನೆ.
12. ನಾನು ಕೇಂದ್ರ ಸ್ಥಾನಗಳಲ್ಲಿ ತಂಗಿದ್ದು 24 ಗಂಟೆಗಳಲ್ಲೂ ಯಾವುದೇ ತುರ್ತು ಸೇವೆಗೆ/ರಾತ್ರಿ ಪಾಳಿಗೆ/ತುರ್ತು ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿದ್ದು ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುವ ಷರತ್ತಿಗೆ ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ.

ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿ,

- ಸಾಕ್ಷಿಗಳು:- 1) ಸಹಿ :
ಹೆಸರು :
ವಿಳಾಸ :
- 2) ಸಹಿ :
ಹೆಸರು :
ವಿಳಾಸ :

ಅನುಬಂಧ-2

1. ನನ್ನ ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲಿನ ನೇಮಕಾತಿ ತಾತ್ಕಾಲಿಕವಾಗಿ ಗರಿಷ್ಠ 1 ವರ್ಷದ ಅವಧಿಗೆ ಅಥವಾ ಖಾಯಂ ವೈದ್ಯರು ನೇಮಕಾತಿಗೊಳ್ಳುವವರೆಗೆ ಯಾವುದೋ ಮೊದಲೋ ಎಂಬ ಷರತ್ತಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ಒಪ್ಪಿ ಕೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ.
2. ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ ನೇಮಕಾತಿಗೊಂಡ ನಾನು ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕೂ ಸಕ್ರಮಗೊಳಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲವೆಂಬ ಷರತ್ತಿಗೆ ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ. ಹಾಗೂ ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ ನೇಮಕಾತಿ ಮಾಡಿರುವ ಸ್ಥಳಕ್ಕೆ ವರ್ಗಾವಣೆಗೊಂಡು ಅಥವಾ ಖಾಯಂ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಬಂದಾಗ ಅವರಿಗೆ ಆ ಸ್ಥಳವನ್ನು ಬಿಟ್ಟುಕೊಡುತ್ತೇನೆ ಎಂಬ ಷರತ್ತಿಗೆ ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ.
3. ರಾಜ್ಯದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿನ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಆಗಿರುವುದರಿಂದ ಬೇರೆ ಯಾವುದೇ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಾಗಲಿ ಅಥವಾ ಜಾಗಕ್ಕಾಗಲಿ ವರ್ಗಾವಣೆ ಅಥವಾ ಪ್ರತಿ ನಿಯೋಜನೆ ಪಡೆಯಲು ನನಗೆ ಹಕ್ಕಿಲ್ಲ.
4. ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿಯವರು ಮತ್ತು ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯವು ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ನನಗೆ ವಹಿಸಿದ ಕರ್ತವ್ಯ ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳನ್ನು ತಪ್ಪದೇ ನಾನು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತೇನೆ.
5. ತೃಪ್ತಿಕರವಾದ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಣೆ ಷರತ್ತಿಗೆ ನಾನು ಒಳಪಟ್ಟು ಸಾ.ಕ.ವೈ.ಗಳಿಗೆ ಪ್ರತೀ ತಿಂಗಳಿಗೆ ಎಂಬಿಬಿಎಸ್ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ರೂ.45,000/- ಸಂಚಿತ ವೇತನವನ್ನು ಮಾತ್ರ ಪಡೆಯಲು ಒಪ್ಪಿದ್ದೇನೆ.
6. ನನ್ನ ನೇಮಕಾತಿಯನ್ನು ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಕಾರಣವಿಲ್ಲದೆ ನಾನು ಅಥವಾ ಸರ್ಕಾರಿ ಉಭಯ ಪಕ್ಷಗಳು ಒಂದು ತಿಂಗಳ ನೋಟೀಸು ಕೊಟ್ಟು ಅಥವಾ ನೋಟೀಸಿನ ಬದಲಾಗಿ ಎಂಬಿಬಿಎಸ್ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ರೂ.45,000/- ಮೊತ್ತವನ್ನು ನೀಡಿ ಪರ್ಯಾವಸಾನಗೊಳಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.
7. ನಾನು ಕರ್ತವ್ಯಕ್ಕೆ ಹಾಜರಾದಾಗ ನನ್ನ ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆಗಳು, ವಯಸ್ಸು, ಜಾತಿ ಮತ್ತು ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯದ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರಗಳ ಮೂಲ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ಹಾಜರಿಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ.
8. ನಾನು ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರಿಗೆ ಸಿಗುವಂತಹ ಎಲ್ಲಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಸಿದ್ಧನಿದ್ದೇನೆ.
9. ನಾನು ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರಿಗೆ ಸಿಗುವಂತಹ ಎಲ್ಲಾ ರಜೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಸಿದ್ಧನಿದ್ದೇನೆ.
10. ನನ್ನ ದುರ್ನಡತೆಯಿಂದಾಗಿ ಸರ್ಕಾರಕ್ಕೆ ಯಾವುದೇ ತರದ ನಷ್ಟ ಉಂಟಾದಲ್ಲಿ ಅದನ್ನು ನಾನು ಸರ್ಕಾರಕ್ಕೆ ತುಂಬಿ ಕೊಡುತ್ತೇನೆ.
11. ನಾನು ಖಾಯಂ ನೇಮಕಾತಿಗಾಗಲೇ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ವೇತನಕ್ಕಾಗಲೀ ನಿವೃತ್ತ ಉಪದಾನಕ್ಕಾಗಲೀ ವೇತನ ಶ್ರೇಣೀಗಾಗಲಿ ಅಥವಾ ಇನ್ನಿತರ ಯಾವುದೇ ಭತ್ಯೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಹಕ್ಕನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಒಪ್ಪಿರುತ್ತೇನೆ.
12. ನಾನು ಕೇಂದ್ರ ಸ್ಥಾನಗಳಲ್ಲಿ ತಂಗಿದ್ದು 24 ಗಂಟೆಗಳಲ್ಲೂ ಯಾವುದೇ ತುರ್ತು ಸೇವೆಗೆ/ರಾತ್ರಿ ಪಾಳಿಗೆ/ತುರ್ತು ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿದ್ದು ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುವ ಷರತ್ತಿಗೆ ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ.

ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿ,

ಸಾಕ್ಷಿಗಳು:- 1) ಸಹಿ :

ಹೆಸರು :

ವಿಳಾಸ :

2) ಸಹಿ :

ಹೆಸರು :

ವಿಳಾಸ :