



Tel: 0824-2441710

Email:dapcudk1@gmail.com



ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ
ಜಿಲ್ಲಾ ಏಡ್ಸ್ ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಮತ್ತು ನಿಯಂತ್ರಣ ಘಟಕ, ದಕ್ಷಿಣ.ಕನ್ನಡ
 ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು.ಕ ಕಛೇರಿ ನೆಹರು ಮೈದಾನ ರಸ್ತೆ, ಮಂಗಳೂರು, ದಕ-575001

Ref.No. DAPCU/ 18 /2025-26

Date: 01.06.2026

ಅರ್ಜಿ ಅಹ್ವಾನ

ವೆಲ್ಲಾಕ್ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮಂಗಳೂರು, ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ, ಎ.ಆರ್. ಟಿ. ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಏಡ್ಸ್ ಪ್ರಿವೆನ್ಶನ್ ಸೊಸೈಟಿ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಒಂದು ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿ ಹುದ್ದೆಯನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಲು ಕ್ರಮ ವಹಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಆಸಕ್ತ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು www.dkhfw.in ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ ಪಡೆಯಬಹುದಾಗಿದೆ. ದಿನಾಂಕ 08/06/2026 ರ ಒಳಗಡೆ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಡ್ಯಾಪ್ಕೂ ಕಛೇರಿ ಸಮಯದ ವೇಳೆ (10-00am -5-30pm) ಮುದ್ದಾಂ ಸಲ್ಲಿಸಲು ಸೂಚಿಸಿದೆ. ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸುವ ವೇಳೆ ಮೂಲ ದಾಖಲಾತಿಗಳ ಪರಿಶೀಲನೆ ನಡೆಸಲಾಗುವುದು.

ಅರ್ಹತೆಗಳು:

1	Essential Qualification	MBBS with valid Registration from the respective State Medical Council/NMC
2	Desirable	Work Experience in HIV/AIDS Programme in field settings. Those with MD Medicine/ Diploma in Medicine will be preferred.
3	Essential Experience	6 month work experience. Post Graduates from Clinical Discipline will also be considered. Good working knowledge of computer. MS office
4	Maximum age	65
5	Pay Scale	72000/- per month

(Handwritten signature)
 01/06/26

(ಡಾ.ಖತೀಜ ದಿಲ್ಶಾದ್ ಎಂ.ಪಿ)

ಜಿಲ್ಲಾ ಏಡ್ಸ್ ನಿಯಂತ್ರಣಾಧಿಕಾರಿ, ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ

ಪ್ರತಿಯನ್ನು:

- ಮಾನ್ಯ ಮುಖ್ಯ ನಿರ್ವಹಣಾಧಿಕಾರಿಯವರಿಗೆ ಜಿಲ್ಲಾ ಪಂಚಾಯತ್ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ *(Handwritten signature)*
- ಅಧೀಕ್ಷಕರು, ಜಿಲ್ಲಾ ವೆನ್ಸಾಕ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮಂಗಳೂರು ಇಲ್ಲಿ ಸೂಚನಾ ಫಲಕದಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಿಸಲು
- ಡ್ಯಾಪ್ಕೂ ಮತ್ತು ಡಿಟಿಒ ಕಛೇರಿಯ ಇಲ್ಲಿ ಸೂಚನಾ ಫಲಕದಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಿಸಲು

ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ ಅಪಾಯದ ಮೌಲ್ಯ ಮಾಪನೆಗಾಗಿ ಹಾಗೂ ಹತ್ತಿರದ ಐ.ಸಿ.ಟಿ.ಸಿ, ಎ.ಆರ್.ಟಿ ಹಾಗೂ ಎಸ್.ಟಿ.ಐ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ <https://www.breakfreeindia.org> ಗೆ ಭೇಟಿ ನೀಡಿ ಅಥವಾ ಈ ಕ್ಯೂ.ಆರ್. ಕೋಡ್‌ಅನ್ನು ಸ್ಕ್ಯಾನ್ ಮಾಡಿ

www.ksaps.karnataka.gov.in

ಜಿಲ್ಲಾ ಏಡ್ಸ್ ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಮತ್ತು ನಿಯಂತ್ರಣ ಘಟಕ, ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ.
ಎ.ಆರ್. ಟಿ. ಕೇಂದ್ರ, ಜಿಲ್ಲಾ ವೆನ್ನಾಕ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮಂಗಳೂರು

ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿ ಹುದ್ದೆಗೆ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ

ಭಾವ ಚಿತ್ರ

ರಿಗೆ,

ಸದಸ್ಯ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳು (ಆಯ್ಕೆ ಸಮಿತಿ)
ಜಿಲ್ಲಾ ಏಡ್ಸ್ ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಮತ್ತು ನಿಯಂತ್ರಣ ಘಟಕ,
ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು. ಕ. ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಕಛೇರಿ ಮೊದಲನೆ ಮಹಡಿ
ಮಂಗಳೂರು.

ಮಾನ್ಯರೇ,

ತಮ್ಮ ಅಧಿಸೂಚನೆ ಪ್ರಕಾರ ಸಂಖ್ಯೆ: _____ ದಿನಾಂಕ _____ ಅನುಸಾರವಾಗಿ
ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ವೆನ್ನಾಕ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಎ.ಆರ್. ಟಿ. ಕೇಂದ್ರದ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿ ಹುದ್ದೆಗೆ ಗುತ್ತಿಗೆ
ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ನೇರ ನೇಮಕಾತಿಗಾಗಿ ನನ್ನ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಈ ಕೆಳಗೆ ಕೇಳಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯೊಂದಿಗೆ
ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ.

- ❖ ಈ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಕೇಳಿರುವ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಪ್ರಶ್ನೆಗೂ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಉತ್ತರಿಸಬೇಕು.
- ❖ ಕೊಟ್ಟಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯು ಅಪೂರ್ಣವಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅರ್ಜಿಯು ತಿರಸ್ಕರಿಸಲ್ಪಡುವುದು.

1. ಅ. ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಹೆಸರು:

ಆ. ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ವಯಸ್ಸು:

ಇ. ತಂದೆಯ ಹೆಸರು:

ಈ. ಅಂಚೆ ವಿಳಾಸ:

ಉ. ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ:

2. ಅ. ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕ (ದಾಖಲೆ ಪ್ರತಿ ಲಗತ್ತಿಸಿ)

ಆ. ಊರು:

ಇ. ತಾಲೂಕು:

ಈ. ಜಿಲ್ಲೆ:

3. ಲಿಂಗ: ಪುರುಷ/ ಮಹಿಳೆ/ ತೃತೀಯ ಲಿಂಗ

4. ಅ. ಮೀಸಲಾತಿ: ಇಲ್ಲ /ಇದೆ

ಆ. ಇದೆ ಆದಲ್ಲಿ: ಜಾತಿ:

ಪ್ರವರ್ಗ :

(ದಾಖಲಾತಿ ಪ್ರತಿ ಲಗತ್ತಿಸುವುದು)

5. ಸಮತಲ ಮೀಸಲಾತಿ (ಇದ್ದಲ್ಲಿ): ಮಹಿಳಾ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ/ ಮಾಜಿ ಸೈನಿಕರು/ ಅಂಗವಿಕಲ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ/

ಯೋಜನೆಗಳಿಂದ ನಿರಾಶ್ರಿತಗೊಂಡ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ/ ಗ್ರಾಮೀಣ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ/ ಕನ್ನಡ ಮಾಧ್ಯಮದಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಸಂಗ

ಮಾಡಿದ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ/ ತೃತೀಯ ಲಿಂಗಗಳಿಗೆ. (ದಾಖಲಾತಿ ಪ್ರತಿ ಲಗತ್ತಿಸುವುದು)

6. ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿ ಹುದ್ದೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯ/ ಅನುಭವ (ವರ್ಷ ಹಾಗೂ ತಿಂಗಳಿನಲ್ಲಿ) ದಾಖಲೆ ಲಗತ್ತಿಸಿ.

7. ಕನ್ನಡ ಭಾಷಾ ಇದ್ದಲ್ಲಿ (ದೃಢೀಕೃತ ದಾಖಲೆ ಪ್ರತಿ ಲಗತ್ತಿಸಿ)

8. ಕಂಪ್ಯೂಟರ್ ಜ್ಞಾನದ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಲಗತ್ತಿಸಿ.

9. ಪದವಿ ಪಡೆದ ವರ್ಷ (ದಾಖಲೆ ಪ್ರತಿ ಲಗತ್ತಿಸಿ)

10. KMC ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ (ದಾಖಲೆ ಪ್ರತಿ ಲಗತ್ತಿಸಿ)

ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಅರ್ಹತೆ ಬಗ್ಗೆ ವಿವರ (ದಾಖಲೆ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿ)

ಕ್ರ. ಸಂ.	ಉತ್ತೀರ್ಣವಾಗಿರುವ ಪರೀಕ್ಷೆ	ಉತ್ತೀರ್ಣವಾದ ವರ್ಷ	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕಗಳು	ಪಡೆದಿರುವ ಅಂಕಗಳು	ಶೇ.

ನನಗೆ ತಿಳಿದಿರುವಂತೆ, ಮೇಲೆ ಒದಗಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯು ಸಂಪೂರ್ಣ ನಿಜವೆಂದು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ ಹಾಗೂ ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸಲು ವಿಧಿಸುವ ಎಲ್ಲಾ ಷರತ್ತು ನಿಬಂಧನೆಗಳಿಗೆ ಬದ್ಧನಾಗಿರುವುದಾಗಿಯೂ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಸ್ಥಳ:

ದಿನಾಂಕ:

ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಸಹಿ