



भारतीय विमानपत्तन प्राधिकरण
(श्रेणी-1 'मिनी रत्न' सार्वजनिक क्षेत्र उद्यम)
पूर्वी क्षेत्र, ने.सु.चं.ब.अं. हवाईअड्डा, कोलकाता – 52

विज्ञापन सं. : ईआर/01/2022
दिव्यांग उम्मीदवारों द्वारा घोषणा पत्र

मैं....., सुपुत्र, पत्नी, पुत्री.....
निवास..... अनुक्रमांक सं. दिनांक सत्र

को निर्धारित के पद (पद कोड :) हेतु भाविप्रा परीक्षा में भाग लेने के लिए, एतद्वारा घोषित करता/करती हूँ कि श्री/सुश्री सुपुत्र, पत्नी, पुत्री , निवासी मेरे अनुरोध पर उक्त ऑनलाइन कंप्यूटर-आधारित परीक्षा के लिए मेरे लेखक के रूप में कार्य करने हेतु सहमत हूँ। मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे लेखक की योग्यता है। यदि, बाद में यह पाया जाता है कि उसकी योग्यता मेरे द्वारा की घोषणा अनुसार नहीं है एवं मेरी योग्यता से परे है, तो मैं पद तथा उससे संबंधित दावों पर अपना अधिकार खो दूंगा/दूंगी।

लिखने वाले/लेखक द्वारा घोषणा पत्र

मैं....., सुपुत्र, पत्नी, पुत्री.....
निवास..... पहचान के धारक, श्री/सुश्री सुपुत्र, पत्नी, पुत्री , निवासी अनुक्रमांक सं. दिनांक सत्र को निर्धारित के पद (पद कोड :) हेतु भाविप्रा परीक्षा, जो (दिव्यंगता का प्रकार) है, हेतु लेखक बनने के लिए तैयार हूँ।

मैं घोषणा करता हूँ कि दिनांक तक मेरी शैक्षणिक योग्यता निम्नलिखित है (बॉक्स पर टिक करें) :

मैट्रिक स्तर के नीचे	मैट्रिक	10+2	स्नातक	स्नातकोत्तर

लेखक का हाल ही का पासपोर्ट
साइज का फोटो चिपकाने हेतु
जगह जिसे उन्हें क्रॉस स्व-सत्यापित
करना है।

उम्मीदवार का हाल ही का
पासपोर्ट साइज का फोटो
चिपकाने हेतु जगह जिसे उन्हें
क्रॉस स्व-सत्यापित करना है।

अगर उपरोक्त घोषणा असत्य पायी जाती है तो उम्मीदवार को
होने वाले नुकसान एवं परिणामों के लिए केवल मैं उत्तरदायी
रहूँगा/रहूँगी।

लेखक के हस्ताक्षर

अगर उपरोक्त घोषणा असत्य पायी जाती है तो उसके परिणामों
के लिए केवल मैं उत्तरदायी रहूँगा/रहूँगी। मैं उक्त लेखक को
अपने लागत व जोखिम पर नियुक्त कर रहा/रही हूँ। मैं
समझताहूँ/समझती हूँ कि अगर लेखर द्वारा दी गई घोषणा असत्य
पायी जाती है तो मैं इस परीक्षा से वंचित हो जाऊँगा/जाऊँगी।

दिवयांग उम्मीदवार के हस्ताक्षर

नोट : इस उद्देश्य से परीक्षा केंद्र में उम्मीदवार एवं लेखक को साधारण रिपोर्टिंग समय से आधा घंटा पूर्व रिपोर्ट करना होगा।

एक परीक्षार्थी का लिखने में शारीरिक परिसीमन संबंधी प्रमाण-पत्र

यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/सुश्री/श्रीमती (दिव्यांग का नाम)
एक दिव्यांग(विकलांगता प्रमाण-पत्र के अनुसार विकलांगता प्रकार तथा
प्रतिशतता), सुपुत्र, पुत्री , निवासी
..... (गाँव, जिला, राज्य) का परीक्षण किया है एवं यह बताया जाता है कि उसे
शारीरिक सीमाएँ हैं जो उसकी लेखन क्षमताओं को उसकी अक्षमता के कारण को बाधित करती हैं।

हस्ताक्षर

सरकारी स्वास्थ्य देखभाल संस्थान के
मुख्य चिकित्सा अधिकारी/सिविल सर्जन/चिकित्सा अधीक्षक
नाम व पदनाम
मुहर सहित सरकारी अस्पताल/स्वास्थ्य देखभाल केंद्र का नाम

स्थान :

दिनांक :

नोट :

प्रमाण-पत्र संबंधित स्ट्रीम/विकलांगता के विशेषज्ञ द्वारा दिया जाना है (जैसे दृश्य हानि – नेत्र विशेषज्ञ, लोकोमोटर
विकलांगता – ओर्थोपेदिक विशेषज्ञ/पीएमआर)