

## कार्यालय महानिदेशक, चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड, देहरादून।

पत्र सं०-3प/पैरा/फार्मा/ब0का0/14/2014टी0सी0/15660

दिनांक- 26 जुलाई 2016

### विज्ञप्ति

शासनादेश संख्या-39/XXVIII-3-2016-26/2008, दिनांक 12.07.2016 एवं शासनादेश संख्या-818/XXVIII-3-2016-26/2008, दिनांक 14.07.2016 के क्रम में चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, उत्तराखण्ड के अन्तर्गत उत्तराखण्ड राज्य के पर्वतीय क्षेत्रों के परिवार कल्याण उपकेन्द्रों, जहां पर फार्मासिस्ट के पद सृजित नहीं है, जन सामान्य को स्वास्थ्य सेवायें सुलभ कराये जाने के उद्देश्य से नितान्त काम-चलाऊ व्यवस्था के तहत 11 माह की अवधि के लिये संविदा पर फार्मासिस्टों के पदों हेतु नियत मानदेय रू०-12000/- (रू०-बारह हजार मात्र) प्रतिमाह की दर से भेषजिकी (फार्मसी) डिप्लोमाधारी तथा उत्तराखण्ड फार्मासिस्ट रजिस्ट्रेशन ट्रिब्यूनल/उत्तराखण्ड फार्मसी कौंसिल में पंजीकृत (रजिस्टर्ड) अभ्यर्थियों से दिनांक 26.08.2016 तक रजिस्टर्ड डाक/स्पीड पोस्ट से निम्नांकित प्रारूप में मोटे कागज पर देवनागरी लिपि में आवेदन पत्र आमंत्रित किये जाते हैं।

#### रिक्तियों की संख्या-600 (छः सौ)

**नोट:-** आरक्षण का लाभ केवल उत्तराखण्ड राज्य के मूल निवासियों को ही दिया जायेगा। कुल रिक्त पदों में महिलाओं, भूतपूर्व सैनिकों, स्वतंत्रता संग्राम सैनिकों के आश्रितों, समाज के अक्षम व्यक्तियों आदि के लिए उत्तराखण्ड शासन द्वारा अनुमन्य क्षैतिज आरक्षण का लाभ नियमानुसार दिया जायेगा।

#### आवेदन आमंत्रित करने की अन्तिम तिथि-26.08.2016 सायं 5:00 बजे तक

- शैक्षिक योग्यता:-** अभ्यर्थी किसी मान्यता प्राप्त संस्था से भेषजिकी (फार्मसी) का डिप्लोमा रखता हो तथा उत्तराखण्ड फार्मासिस्ट रजिस्ट्रेशन ट्रिब्यूनल/उत्तराखण्ड फार्मसी कौंसिल में फार्मासिस्ट के रूप में पंजीकृत हो।
- अधिमानी अर्हता:-** (1) प्रादेशिक सेना में न्यूनतम दो वर्ष की न्यूनतम अवधि तक की सेवा की हो या (2) राष्ट्रीय कैडेट कोर का "बी" प्रमाण पत्र प्राप्त किया हो, अन्य बातों के समान होने पर सीधी भर्ती के मामले में अधिमान दिया जायेगा।
- आयु:-** अनु०जाति/अनु०जनजाति के अभ्यर्थियों के लिए 01 जुलाई 2016 को 18 से 47 वर्ष तक एवं अन्य पिछड़ा वर्ग के अभ्यर्थियों के लिए 01 जुलाई 2016 को 18 से 45 वर्ष तक तथा सामान्य जाति के अभ्यर्थियों के लिए 01 जुलाई 2016 को 18 से 42 वर्ष तक।
- शुल्क-**उत्तराखण्ड राज्य के अनु०जाति/अनु०जनजाति के अभ्यर्थियों द्वारा रू०-500 (रूपये पांच सौ मात्र), अन्य पिछड़ा वर्ग एवं सामान्य जाति के अभ्यर्थियों द्वारा रू०-1000 (रूपये एक हजार मात्र) तथा सभी निःशक्तजनों द्वारा रू०-125 (रूपये एक सौ पच्ची मात्र) का भुगतान लेखा शीर्षक-0210-चिकित्सा तथा लोक स्वास्थ्य, 01-शहरी स्वास्थ्य सेवायें, 800- अन्य प्राप्तियां, 09-अन्य प्रकीर्ण प्राप्तियां-00 के अन्तर्गत चालान के माध्यम से किया जायेगा तथा जमा किये गये शुल्क के सापेक्ष बैंक से प्राप्त चालान की मूल प्रति आवेदन पत्र के साथ अनिवार्य रूप से संलग्न की जायेगी, अन्यथा आवेदन पत्र अस्वीकार कर दिया जायेगा। **चालान सत्यापन-**उत्तराखण्ड राज्य में अपने नजदीकी प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र/ सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र/बेस/संयुक्त/जिला, चिकित्सालय से सत्यापित कराना आवश्यक है।
- सामान्य निर्देश-** (1) आवेदन पत्र के साथ अपना पता लिखे रू०-30/-के डाक टिकट लगे दो लिफाफे 10X23 सेमी० आकार के संलग्न किये जायें।  
(2) आवेदन पत्र के साथ आवेदक द्वारा अपने शैक्षिक/प्राविधिक योग्यता, जन्मतिथि, आरक्षण (अ०पि०व० प्रमाण पत्र मात्र एक वर्ष के लिए वैध होता है, अतः आवेदन की अन्तिम तिथि तक वैध प्रमाण पत्र ही संलग्न करें), अनुभव आदि के प्रमाण-पत्रों व अंक तालिकाओं (हाई स्कूल/इण्टरमीडिएट, डिप्लोमा परीक्षा की सभी अंक तालिकायें-यथा प्रथम/द्वितीय वर्ष एवं बैंक पेपर सहित संलग्न करें) की स्वप्रमाणित प्रतियां संलग्न की जायें।  
(3) राज्य के सेवारत अभ्यर्थी अपना आवेदन पत्र उचित माध्यम से प्रस्तुत करेंगे या जहां कार्यरत हों वहां के नियुक्ति अधिकारी का अनापत्ति प्रमाण पत्र संलग्न किया जाय।  
(4) आवेदन पत्र के साथ उत्तराखण्ड फार्मसीस्ट रजिस्ट्रेशन ट्रिब्यूनल/उत्तराखण्ड फार्मसी कौंसिल के पंजीकरण प्रमाण पत्र तथा उत्तराखण्ड राज्य के किसी भी सेवायोजन कार्यालय में पंजीकरण प्रमाणपत्र की स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न की जाय (फार्मसी काउंसिल का पंजीकरण तथा सेवायोजन कार्यालय में पंजीकरण नवीनीकृत होना चाहिए )  
(5) आवेदन पत्र रजिस्टर्ड डाक/स्पीड पोस्ट से महानिदेशक, चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण उत्तराखण्ड ग्राम-डांडा लखौण्ड पो०-गुजराड़ा, सहस्त्रधारा रोड, देहरादून-248001 के कार्यालय में निर्धारित तिथि तक ही स्वीकार किये जायेंगे, अन्य माध्यमों से नहीं। लिफाफे के शीर्ष भाग पर जिसमें आवेदन पत्र प्रेषित किया जाये, "संविदा फार्मासिस्ट पद हेतु आवेदन पत्र (अभ्यर्थी की श्रेणी एवं उत्तीर्ण वर्ष सहित)" अवश्य अंकित किया जाये।  
(6) समाचार पत्रों की कटिंग पर प्रस्तुत आवेदन पत्र स्वीकार नहीं किये जायेंगे।

- (7) आवेदन पत्र पर नवीनतम पासपोर्ट साईज का स्वप्रमाणित फोटोग्राफ अवश्य लगायें।
- (8) अभ्यर्थियों का चयन महानिदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड की अध्यक्षता में गठित चयन समिति के माध्यम से श्रेष्ठता/साक्षात्कार दोनों के आधार पर किया जायेगा। श्रेष्ठता का निर्धारण अभ्यर्थियों की एकेडमिक कैरिअर की परफॉर्मेंस पर होगा। अतः हाईस्कूल, इन्टरमीडिएट तथा डिप्लोमा फार्मसी की सभी वर्षों की अंकतालिकाएँ सभी बैक पेपर की अंकतालिकाओं सहित अनिवार्य रूप से संलग्न की जायें अन्यथा अभ्यर्थी के आवेदन पर विचार नहीं किया जायेगा।
- (9) अभ्यर्थी की अर्हता तथा अन्य पात्रता के सम्बंध में महानिदेशक/चयन समिति का निर्णय अंतिम होगा।
- (10) मांगे गये अभिलेखों में से कोई अभिलेख संलग्न न होने या अपूर्ण/त्रुटिपूर्ण पाये जाने पर आवेदन पत्र निरस्त कर दिया जायेगा।
- (11) इस सम्बंध में विस्तृत जानकारी इस महानिदेशालय से किसी भी कार्य दिवस में कार्यालय अवधि में प्राप्त की जा सकती है।
- नोट:-1-संविदा फार्मासिस्ट उत्तराखण्ड राज्य में यथा प्रवृत्त उत्तर प्रदेश भेषजिक सेवा नियमावली-1980 यथा संशोधित सेवा नियमावली-2006 से आच्छादित नहीं होंगे।
- 2- संविदा फार्मासिस्ट के कार्य एवं दायित्व वही होंगे, जो उपकेन्द्र फार्मासिस्ट के लिए निर्धारित हैं।
- 3- संविदा फार्मासिस्टों की सेवायें आवश्यकता न होने पर राज्य सरकार द्वारा कभी भी बिना किसी पूर्व सूचना के समाप्त की जा सकती हैं।
- 4- संविदा फार्मासिस्टों का स्थानान्तरण किसी भी दशा में अन्यत्र उपकेन्द्र/चिकित्सा इकाई में नहीं किया जायेगा।
- 5- संविदा फार्मासिस्टों की नियुक्ति के समय सम्बन्धित विकास खण्ड/जनपद के अभ्यर्थियों को वरीयता दी जायेगी।
- 6- अनुभव प्राप्त अभ्यर्थियों को वरीयता दी जायेगी।

महानिदेशक

## संविदा फार्मासिस्ट के पद हेतु आवेदन का प्रारूप

विभाग का नाम: चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड, देहरादून।

पदनाम: ..... विज्ञापन सं०.....

1. अभ्यर्थी का नाम .....

अ. हिन्दी में (देवनागरी लिपि में) .....

ब. अंग्रेजी के बड़े अक्षरों में .....

2. पिता/पति का नाम .....

3. अभ्यर्थी की जन्म तिथि (जैसा कि हाई स्कूल/हायर सैकेण्डरी अथवा समकक्ष परीक्षा प्रमाण पत्र में दर्ज हो)

अ. अंकों में: तिथि माह वर्ष




ब. शब्दों में .....

4. (अ) पत्र व्यवहार का पता (पिन कोड सहित) .....

(ब) स्थायी पता .....

5. राज्य का नाम जिसका आवेदक मूल निवासी है .....

6. अभ्यर्थी की श्रेणी .....

(सामान्य/अनु०जा०/अनु०ज०जा०/अ०पि०वर्ग/स्वतंत्रता संग्राम सैनानी के आश्रित/विकलांग/भूतपूर्व सैनिक/अन्य)

7. शैक्षिक/प्राविधिक अर्हताओं का क्रमवार विवरण:-

क्र० सं०	परीक्षा का नाम	बोर्ड/संस्था/ विश्वविद्यालय का नाम	उत्तीर्ण वर्ष	पूर्णांक	प्राप्तांक	श्रेणी	प्रतिशत	अभियुक्ति
क.	हाई स्कूल							अंक तालिका संलग्न करें
ख.	इण्टरमीडिएट							अंक तालिका संलग्न करें
ग.	फार्मेसी डिप्लोमा प्रथम वर्ष- द्वितीय वर्ष- अनुपूरक परीक्षायें-							अंक तालिका संलग्न करें

(अनिवार्य अर्हता तथा आयु के प्रमाण पत्र एवं अंकतालिकाओं की स्वप्रमाणित फोटो प्रतियाँ संलग्न करना आवश्यक है।)

8. उत्तराखण्ड फार्मासिस्ट रजिस्ट्रेशन ट्रिब्यूनल/उत्तराखण्ड फार्मेसी काँसिल में पंजीकरण (रजिस्ट्रेशन) संख्या तिथि सहित. ....

.....(नवीनीकृत प्रमाण पत्र संलग्न करें)

6. उत्तराखण्ड राज्य के सेवायोजन कार्यालय का नाम (जहां पर अभ्यर्थी पंजीकृत है) तथा पंजीकरण सं० .....

(नवीनीकृत प्रमाण पत्र संलग्न करें)

10. परीक्षा शुल्क का विवरण:- बैंक चालान मूल रूप में संलग्न करें।

बैंक चालान संख्या एवं दिनांक	शुल्क जमा करने वाले बैंक का नाम, शाखा सहित	धनराशि रू० में

**सामान्य निर्देश:-**

I. यदि आप किसी राजकीय या किसी अर्द्धसरकारी सेवा में कार्यरत हों तो उचित माध्यम/अपने नियुक्ति अधिकारी का अनापत्ति प्रमाण पत्र संलग्न करें।

II. क्या आप किसी सरकारी/अर्द्धसरकारी सेवा से डिबार (निकाले) तो नहीं किये गये हैं। हाँ/नहीं.....

III. क्या आपको किसी सक्षम न्यायालय द्वारा नैतिक अधमता के किसी अपराध के लिये दोषी तो नहीं ठहराया गया है। हाँ/नहीं .....

## घोषणा

मैं एतद्द्वारा घोषित करता/करती हूँ कि उपरोक्त उल्लिखित सूचनायें सत्य हैं। मैंने विज्ञापित सभी पात्रता शर्तों को सावधानी पूर्वक पढ़ा है। मैंने प्रस्तुत विवरण/सूचनाओं में कोई तथ्य नहीं छिपाया है, यदि मेरे द्वारा दी गई सूचना गलत, असत्य पायी जाये, तो मेरे विरुद्ध कोई कानूनी कार्यवाही किये जाने/अभ्यर्थन निरस्त किये जाने या नियुक्ति के उपरान्त सेवा समाप्त किये जाने पर मुझे कोई आपत्ति नहीं होगी। इसके लिए मैं स्वयं पूर्ण रूप से उत्तरदायी रहूंगा/रहूंगी।

1. संलग्नकों की कुल संख्या
2. विवरण

दिनांक .....

स्थान .....

अभ्यर्थी के हस्ताक्षर दिनांक सहित  
(अभ्यर्थी का नाम)