

परिशिष्ट-I

(संस्थान/कार्यालय के लेटर पैड/लेटर हेड में निर्गत हो)

अनुभव प्रमाण-पत्र

ज्ञापांक:-.....

दिनांक:-.....

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/सुश्री

पिता/पति पता

..... की नियुक्ति/नियोजन विभागीय अधिसूचना/कार्यालय आदेश

सं०-....., दिनांक-..... द्वारा संविदा के आधार पर

(पदनाम) के पद पर नियुक्ति के पश्चात

(चिकित्सा संस्थान का नाम एवं पता) में (पदनाम)

के रूप में दिनांक-..... से तक पदस्थापित एवं कार्यरत हैं/थे।

यह भी प्रमाणित किया जाता है कि उक्त संविदा नियोजन स्वीकृत पद के विरुद्ध आरक्षण नीति का अनुसरण करते हुए चयन के आधार पर विधिवत किया गया है। यह भी प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/सुश्री की सेवाएँ दैनिक पारिश्रमिक अथवा किसी बाह्य सेवा प्रदाता एजेंसी के माध्यम से प्राप्त नहीं किया गया है।

यह भी प्रमाणित किया जाता है कि (पदनाम) का कार्यानुभव शल्य कक्ष सहायक का है/शल्य कक्ष सहायक के समान है। (जो लागू नहीं हो काट दें)

इनका प्रतिमाह वेतन/मानदेय की दर से भुगतान किया जाता है/था।

(विभागीय अधिसूचना/कार्यालय आदेश की प्रति संलग्न)

कार्यालय मुहर

(हस्ताक्षर)

निर्गत करने वाले सक्षम

पदाधिकारी का पूरा नाम:-.....

पदनाम (प्राचार्य/अधीक्षक/सिविल सर्जन/निदेशक):-

प्रशासी विभाग का नाम:-.....