

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ ಪ್ರಾಯೋಜಿತ

ಯಶಸ್ವಿನಿ ಸಹಕಾರಿ ಸದಸ್ಯರ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣಾ ಟ್ರಸ್ಟ್

70, 2ನೇ ಮಹಡಿ, ಕೆ.ಎಂ.ಸಿ. ಬಿಲ್ಡಿಂಗ್, ಬಸವನಗುಡಿ ಪ್ರೋಸ್ಟ್ ಆಫೀಸ್ ಎದುರು, ಕೆ.ಆರ್. ರಸ್ತೆ,
ಬಸವನಗುಡಿ, ಬೆಂಗಳೂರು-560 004

ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ: 080-26671616 ಇ-ಮೇಲ್: yeshtrust1@gmail.com

ಭಾವಚಿತ್ರ

1. ಅರ್ಜಿದಾರರ ಹೆಸರು: _____

2. ಅಂಚೆ-ವಿಳಾಸ: -----

3. ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕ:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ವಯಸ್ಸು:

--	--

4. ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. ಪ್ಯಾನ್ ಕಾರ್ಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. ಇ-ಮೇಲ್: -----

8. ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ: -----

9. ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಇದಲ್ಲ:

ಹೌದು

ಇಲ್ಲ

ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ ವಿವರಗಳು:

--

10. ಜಾತಿ: ಸಾಮಾನ್ಯ , ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ , ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡ , ಹಿಂದುಳಿದ ವರ್ಗ

ಅಲ್ಪಸಂಖ್ಯಾತರು , ಇತರರು

11. ಪ್ರವರ್ಗ:

12. ಲಿಂಗ: ಪುರುಷ , ಹೆಣ್ಣು

13. ಜನ್ಮ ಸ್ಥಳ: ಜಿಲ್ಲೆ ಹೆಸರು- -----

ನಗರ , ಗ್ರಾಮೀಣ

14. ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಇಲಾಖೆ:

--

15. ನಿವೃತ್ತಿ/ನಿವೃತ್ತಿ ಹೊಂದಿರುವ ದಿನಾಂಕ:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

16. ಸೇವೆ ಅನುಭವ ವರ್ಷಗಳು:

--	--

17. ನಿವೃತ್ತ ಸಮಯದ ಹುದ್ದೆಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವೃಂದ

ಹುದ್ದೆಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿವರ	
ವೃಂದ	

18. ಅಪೇಕ್ಷಿತ ವೇತನ:

19. ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಮಾಹಿತಿ ಇದ್ದಲ್ಲಿ:

ಅರ್ಜಿಯಲ್ಲಿ ನಾನು ನೀಡಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯು ಸಂಪೂರ್ಣ ಸತ್ಯವಾಗಿದೆ. ನನ್ನ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ನಂಬಿಕೆಯ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಸರಿ ಮತ್ತು ಯಾವುದನ್ನೂ ಮುಚ್ಚಿಡಲಾಗಿಲ್ಲ. ಒಂದು ವೇಳೆ, ನಾನು ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಮರೆಮಾಚಿರುವುದು/ತಿರುಚಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದರೆ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ತಪ್ಪು ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡಿದ್ದರೆ, ನನ್ನ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆ ನನ್ನ ಮೇಲೆಯೇ ಇರುತ್ತದೆ ಎಂದು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಸ್ಥಳ:

ದಿನಾಂಕ: - - 2024

(ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಹಿ)