

தமிழ்நாடு அரசு
பொது சுகாதாரம் மற்றும் நோய்த் தடுப்பு மருந்து துறை
359, அண்ணா சாலை,
சென்னை 600 006.

அரசு ஆணை எண். 17(ம) 107 சுகாதாரம் மற்றும் குடும்ப நலத்துறை(என்1), நாள் 10.1.2012 (ம) 21.3.2012ன் படி 2012-13ம் ஆண்டிற்கு 600 மாணவர்களுக்கு அனுமதிக்கப்பட்டுள்ள ஒரு வருட பல நோக்கு சுகாதார பணியாளர் (ஆண்) பயிற்சிக்கு, தமிழ்நாட்டினை பூர்வீகமாகக் கொண்ட தகுதியுள்ள ஆண்களிடமிருந்து விண்ணப்பங்கள் வரவேற்கப்படுகின்றன.

அடிப்படைத் தகுதிகள் :-

1. வயது 31.12.2011 அன்று 18 வயதிற்கு குறைவாகவோ அல்லது 28 வயதிற்கு மேற்பட்டோ இருக்கக் கூடாது.
2. தமிழ்நாடு மாநில மேல்நிலை கல்வி வாரியத்தால் நடத்தப்படும் மேல்நிலைத் தேர்வில் (+2) அல்லது அதற்கு இணையான தேர்வில் (+2) **உயிரியல் (Biology) அல்லது தாவரவியல் மற்றும் விலங்கியல் (Botany & Zoology) பாடப்பிரிவு** எடுத்து தேர்ச்சி பெற்றிருக்க வேண்டும். பத்தாம் வகுப்பு இறுதி தேர்வில் தமிழ்மொழியினை ஒரு பாடமாக கற்று தேர்ச்சி பெற்றிருக்க வேண்டும்.
3. விண்ணப்பத்தினை www.tnhealth.org இணைய தளத்திலிருந்து பதிவிறக்கம் செய்து கொள்ளலாம். தாழ்த்தப்பட்ட மற்றும் பழங்குடி இனத்தவர்கள் விண்ணப்ப கட்டணம் ரூ.50/- ம் மற்ற பிரிவினர் ரூ.100/-ம் கேட்பு வரைவோலையாக (Demand Draft) **Director of Public Health and Preventive Medicine, Chennai-6** என்ற பெயரில் தேசியமயமாக்கப்பட்ட வங்கியில் சென்னையில் பணமாக மாற்றக் கூடிய வகையில் எடுத்து பூர்த்தி செய்யப்பட்ட விண்ணப்பத்துடன் இணைக்க வேண்டும். மேலும், கேட்பு வரைவோலை 16.5.2012-க்கு முன் தேதியிட்டதாக இருக்கக் கூடாது. கல்வித் தகுதி, மதிப்பெண் சான்றிதழ் மற்றும் சாதி சான்றிதழ் ஆகியவற்றின் சான்றொப்பமிட்ட நகல்களை (Attested by the Gazetted Officer) இணைக்க வேண்டும். Passport size புகைப்படத்தினை விண்ணப்பத்தில் உரிய இடத்தில் ஒட்டி விண்ணப்பதாரரின் கையொப்பம் மற்றும் பதிவுபெற்ற அலுவலரின் சான்றொப்பம் பெறப்படவேண்டும்.
4. பூர்த்தி செய்யப்பட்ட விண்ணப்ப உறையின் மீது ஒரு வருட பலநோக்கு சுகாதார (ஆண்) பணியாளர் பயிற்சி என்று எழுதப்பட வேண்டும். பூர்த்தி செய்த விண்ணப்பம் **இயக்குநர், பொது சுகாதாரம் மற்றும் நோய் தடுப்பு மருந்து துறை, 359 அண்ணா சாலை, சென்னை 6** என்ற முகவரிக்கு **15.6.2012** மாலை 5 மணிக்குள் வந்து சேர வேண்டும். அதற்கு பின் வரும் விண்ணப்பங்கள் ஏற்றுக் கொள்ளப்படமாட்டாது.

இயக்குநர்

DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH AND PREVENTIVE MEDICINE

**SCRUTINY FORM FOR ONE YEAR MULTIPURPOSE HEALTH WORKER (MALE) TRAINING COURSE
ADMISSION 2012-13 SESSION**

1. Name in Block Letters
(Initial at end)

2. Address for Communication (in Block Letters)
.....
.....
.....
Pin Code

3. Name of the Parent / Guardian :

4. Religion

Hindu	Muslim	Christian	Others
-------	--------	-----------	--------

5. Mother Tongue

6. Nationality

Indian	Other

7. Sex

Male	Female

8. Date of Birth

Date		Month		Year	

SPACE FOR PHOTOGRAPH (TO BE ATTESTED BY THE GAZETTED OFFICER)
--

9. Community

ST	SC	MBC/DNC	BC	BCM	OC

10. Name of the Caste

11. Caste Code (As per Community Certificate)

--

12. Community Certificate Particulars

Sl.No. and Date

Issuing Officer's Designation

Issuing Office

13. Qualifying Examination

+2 Passed with	
Biology	Botany or Zoology

14. Medium of Instruction

Tamil	English	Others

15 . Particulars of the +2 passed with Biology or Botany & Zoology Qualifying Examination

Name of the Place of the School	
Registration No.	
Month & Year of Passing	

16. Mark in selected subjects in +2 passed with Biology or Botany & Zoology Qualifying Examination

Subjects	Maximum Marks	Marks obtained
Biology		
Or		
Botany		
Zoology		

17. Native District :

18.

Civic Status of your Native Place		Civic Status of your School Place				
Status	Corporation	Municipality	Township	Town Panchayat	Village Panchayat	Others
Native Place I	1	2	3	4	5	6
School Place II	1	2	3	4	5	6

19.

Occupation of Parent / Guardian							
Agriculture	Industry	Business	State Govt.	Central Govt.	Private	Small Trade	Others
1	2	3	4	5	6	7	8

20.

Average Monthly income of Parent					
Below 1001	1001-1250	1251-2000	2001-4000	4001-6000	Above 6000
1	2	3	4	5	6

21. Demand Draft Details :

Demand Draft No. and Date	Amount in Rs.	Name of the Bank and Branch

24 (a) DECLARATION BY THE APPLICANT

I (Name in full and in Block Letters) Son of hereby solemnly declare that the information furnished and the statement given by me in the application and the enclosures are true, correct and complete. I further declare that should it be found otherwise. I will be liable to forfeit my seat and/or removed from the rolls of the institution at whatever stage of study, I may be liable for criminal prosecution.

Signature of the Applicant

Place :

Date :

24 (b) DECLARATION BY THE PARENT / GUARDIAN

I (Name in full and in Block Letters) Father/Mother/Guardian of hereby solemnly declare that I am fully aware of the declaration made by the applicant, my son and I declare and bind myself on the same terms contained with the above declaration. The statements and the information given are true, correct and complete. If it is found otherwise, the applicant is liable to forfeit the admission and liable for criminal prosecution.

Signature of the Parent / Guardian

Place :

Date :

Note :

The Guardian can execute the above declaration only if both parents are not alive.