



icmr | **NIMR**
INDIAN COUNCIL OF MEDICAL RESEARCH | NATIONAL INSTITUTE OF MALARIA RESEARCH

नवीनतम स्व-
सत्यापित
पासपोर्ट
आकार की
फोटो लगाएं

आवेदन प्रपत्र

आईसीएमआर-राष्ट्रीय मलेरिया अनुसंधान संस्थान

द्वारका, सैक्टर-8, नई दिल्ली-110077

(भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद (आईसीएमआर) भारत सरकार के अधीन)

विज्ञापन. संख्या.: प्रशासन/एलटीएम/53/18/95

दिनांक: 21-12-2022

पद हेतु आवेदन :

प्रोजेक्ट का नाम :

श्रेणी : एससी एसटी ओबीसी सामान्य ईडब्ल्यूएस ईएक्सएम

1. आवेदक का नाम (बड़े अक्षरों में) : _____

2. लिंग : पुरुष महिला अन्य

3. वैवाहिक स्थिति : विवाहित अविवाहित तलाकशुदा/ विधवा

4. पिता का नाम : _____

5. पति/पत्नी का नाम : _____

6. जन्म तिथि : _____

7. विज्ञापन के अनुसार आवेदन प्राप्त होने की :
अंतिम तिथि पर आयु

दिन	माह	वर्ष
-----	-----	------

8. पत्राचार हेतु पता : _____
 : _____
 : _____
 मोबाइल नं. : _____
 ई-मेल : _____

9. स्थायी पता : _____
 : _____ पिनकोड _____
 : _____ टेलीफोन नं. _____
 मोबाइल नं. : _____

10. राष्ट्रीयता : _____

11. शैक्षणिक अर्हता : (डिग्री/डिप्लोमा प्रमाणपत्रों एवं अंक तालिकाओं की स्व-सत्यापित प्रतियां संलग्न करें)

परीक्षा	विषय	बोर्ड/परिषद/विश्वविद्यालय	%/श्रेणी	उत्तीर्ण करने का माह एवं वर्ष
10वीं (एचएससी)				
12वीं (एचएसएससी)				
डिप्लोमा (कृपया अवधि दर्शाए एक वर्ष/दो वर्ष)				
डिग्री				
स्नातकोत्तर				
अन्य (एमफिल/पीएच.डी)				

12. वर्तमान गतिविधियां :

13. अनुभव : (कार्य अनुभव प्रमाणपत्रों की प्रतियां संलग्न करें)

संगठन/संस्थान का नाम, जहां कार्य किया है और स्थान	संगठन की स्थिति (केन्द्र/राज्य/स्वायत्त निकाय/सार्वजनिक उपक्रम)	पद का नाम	क्या स्थायी/संविदागत	कार्य अवधि		वेतनमान एवं कुल वेतन	कार्य की प्रकृति
				से	तक		

(यदि स्थान अपर्याप्त हो तो अलग शीट का उपयोग करें)

14. कम्प्यूटर एप्लीकेशन का ज्ञान, यदि कोई है, कृपया प्रमाणपत्र/डिप्लोमा/डिग्री संलग्न करें :

15. प्रभाव कारक (इंपैक्ट फैक्टर) के साथ प्रकाशनों का ब्यौरा, यदि कोई है तो :

16. आवेदक के कार्य को जानने वाले दो संदर्भों का नाम एवं पता :

नाम	व्यवसाय या श्रेणी	टेलीफोन नम्बर एवं ई-मेल सहित पता
1.		
2.		

17. एनआईएमआर/आईसीएमआर में संबंधियों का ब्यौरा यदि कोई है :

नाम	पद	स्थायी/संविदागत	विभाग	टेलीफोन नं./ई-मेल

18. अन्य कोई जानकारी जो आप शामिल करना चाहते हैं :

19. जांच सूची : (कृपया अनुलग्नकों के प्रमाण के रूप में नीचे दिए गए बॉक्स में सही का निशान लगाए)
सभी प्रमाणपत्र सत्यापित होने चाहिए और नीचे दिए गए क्रमानुसार संलग्न होने चाहिए :

- (i) आयु प्रमाणपत्र (हाईस्कूल प्रमाणपत्र)
- (ii) डिग्री/डिप्लोमा
- (iii) अनुभव प्रमाणपत्र
- (iv) जाति प्रमाणपत्र (यदि कोई है).....
- (v) छँटनी किए गए सरकारी कर्मचारी/विभागीय (प्रोजेक्ट सहित) संबंधी दस्तावेज

घोषणा

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने विज्ञापन को ध्यानपूर्वक पढ़ा है और उपर्युक्त जानकारी मेरे ज्ञान और विश्वास के अनुसार सही है और संबंधित जानकारी को छिपाया नहीं गया है। मुझे पता है कि यदि उपरोक्त वक्तव्यों में से कोई भी गलत या सही नहीं पाया जाता है या किसी भी प्रासंगिक जानकारी या स्थूल जानकारी को गलत तरीके से बताया, दबाया या हटाया जाता है, तो मैं नियुक्ति के लिए अयोग्य ठहराया जा सकता हूँ और यदि नियुक्त किया जाता हूँ तो मेरी नियुक्ति को समाप्त किया जा सकता है।

स्थान :

दिनांक :

(आवेदक के हस्ताक्षर)

पूरा नाम :



Affix a
recent
Self
attested
Pass Port
Size

APPLICATION FORM

ICMR-NATIONAL INSTITUTE OF MALARIA RESEARCH

Dwarka, Sector-8, New Delhi – 110077

(Under Indian Council of Medical Research (ICMR), Govt. of India)

Advt. No. : Admn/LTM/53/18/95

Dated: 21-12-2022

Application for the Post of-

Name of the Project-

Category: SC ST OBC GEN EWS EXM

1. Name of the Applicant (in CAPITAL words): _____

2. Sex : Male Female Others

3. Marital Status : Married Unmarried Divorced/ Widow

4. Father's Name : _____

5. Name of the Spouse : _____

6. Date of Birth : _____

7. Age as on last date of receiving application :

Days	Months	Years
------	--------	-------

As per advertisement

8. Address for : _____
Communications : _____
: _____

Mobile No. : _____

Email : _____

9. Permanent Address : _____

: _____ **PIN** _____

_____ **Telephone No.** _____

Mobile No. : _____

10. Nationality : _____

11. **Educational Qualification:** (Enclose attested photocopies of degree/diploma certificates & mark sheets)

Examination	Subjects	Board/ Council/University	%/ Division	Month & Year of Passing
X th (HSC)				
XII th (HSSC)				
Diploma (please mention duration one year/two years)				
Degree				
Post Graduation				
Others (M.Phil/Ph.D)				

12. **Current Activities:**

13. Experience: (Enclose copies of Work Experience Certificates)

Name of the Organization/ Institution where worked and Place	Status of Organization (Central/State/ Autonomous/ PSU)	Name of the Post held	Whether permanent /contractual	Period		Scale of Pay & Gross Pay Drawn	Nature of Work
				From	To		

(Use separate sheet if space is inadequate)

14. Knowledge of computer applications, if any, please attach certificate/diploma/degree:

15. Details of publications with impact factor, if any:

16. Name and address of two referees well known with the applicant's work:

Name	Occupation or Position	Address with telephone No. & e-mail
1.		
2.		

17. Details of relatives in NIMR / ICMR if any :

Name	Post	Permanent/ contractual	Department	Telephone No. & e-mail

18. Any other information you wish to add :

19. Check List : (Please tick in the box given below as proof of enclosures.)

All Certificates must be attested and be attached in the following order :

- | | |
|---|--------------------------|
| (i) Certificate in support of age (High School Certificate) | <input type="checkbox"/> |
| (ii) Degree/Diploma | <input type="checkbox"/> |
| (iii) Experience Certificate | <input type="checkbox"/> |
| (iv) Caste certificate (If any)..... | <input type="checkbox"/> |
| (v) Documents relating to retrenched Govt. Employees/Departmental | <input type="checkbox"/> |
| (Including Projects) | |

DECLARATION

I, _____ declare that I have read the advertisement carefully and the information furnished above is true and correct to the best of my knowledge and belief and no related information has been concealed. I am aware that if any of the above statements are found to be incorrect or false or any material information or particulars of relevance have been misstated, suppressed or omitted, I am liable to be disqualified for appointment and if appointed, my appointment will be liable to be terminated.”

Place:

Date:

(Signature of the applicant)

Full Name: