

परीक्षार्थी की लेखन में शारीरिक सीमा संबंधी प्रमाणपत्र

यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/सुश्री/श्रीमती _____ (दिव्यांग अभ्यर्थी का नाम), पुत्र / पुत्री श्री _____, _____ निवासी (ग्राम / जिला / राज्य) जिन्हें _____ (दिव्यांगता प्रमाणपत्र में उल्लिखित अनुसार दिव्यांगता की प्रकृति तथा प्रतिशतता) दिव्यांगता है, की जांच की है तथा मैं यह प्रकट करता / करती हूँ कि दिव्यांगता के कारण उनकी शारीरिक सीमा उनकी लेखन क्षमता में बाधक है।

हस्ताक्षर

मुख्य चिकित्सा अधिकारी / सिविल सर्जन /
सरकारी स्वास्थ्य सेवा संस्थान के चिकित्सा अधीक्षक

नाम और पदनाम

सरकारी अस्पताल / स्वास्थ्य सेवा केंद्र का नाम और सील

स्थान:

दिनांक:

नोट:

प्रमाणपत्र संबंधित क्षेत्र / दिव्यांगता के विशेषज्ञों द्वारा दिया जाए (उदाहरणार्थ – दृष्टि दोष - ऑप्ट्याल्मोलॉजिस्ट, लोकोमोटर डिसेबिलिटी – पर्थोपेडिक स्पेशलिष्ट / पीएमआर)।