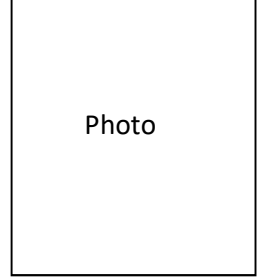


हरियाणा सरकार
GOVERNMENT OF HARYANA
DIRECTORATE OF FIRE AND EMERGENCY SERVICES

राज्य STATE	अग्निशमन FIRE	सेवा FIGHTING	प्रशिक्षण TRAINING	केन्द्र CENTRE
----------------	------------------	------------------	-----------------------	-------------------

प्रवेश के लिए आवेदन-पत्र
APPLICATION FORM FOR ADMISSION



1. पाठ्यक्रम का नाम और
इसके आरम्भ होने की तिथि : _____
Name of the Course and
date of its commencement: _____
2. उम्मीदवार का नाम (स्पष्ट अक्षरों में): _____
Full Name (IN BLOCK LETTERS): _____
3. पिता का नाम एवं व्यवसाय: _____
Father's Name and Occupation: _____
4. जन्म तिथि : _____
Date of Birth (In Words): _____
5. पत्र व्यवहार के लिए पता:— _____
Address for communication : _____
6. स्थाई पता : _____
Permanent Address : _____
7. मोबाईल नं० व ईमेल आईडी: _____
8. शारीरिक मानक : _____
Physical Standard: _____
(1) लम्बाई बिना जूते के _____ से. मी.
Height (without foot wear) : _____ (cms)
(2) वजन: _____ किलोग्राम
Weight _____ (kgs)
(3) छाती माप : _____
Chest
(क) सामान्य _____ इंच सांस फूलाने पर _____ इंच
Normal (Inch) Expanded (Inch)
9. क्या आप अनुसूचित जाति/जनजाति के हैं?
यदि हाँ, तो अपने दावे की पुष्टि में प्रमाण पत्र को
साक्ष्यकित प्रति प्रस्तुत करें : _____
Do you belong to Scheduled Caste/Tribe?
If so, furnish an attested copy of certificate
In Support of your claim : _____

10. शैक्षणिक/तकनीकी योग्यताएं : -----

Education/Technical Qualification : _____

क्र.सं. Sr. No.	संस्था का नाम Name of Institution	परीक्षा का नाम Name of the Examination	पास करने का वर्ष Year of Passing	विषय Subjects	कुल अंक/प्रतिशतता Total Marks/%age

11. सेवा का विवरण, यदि कोई हो तो विभिन्न क्षमताओं में धारण की गई श्रेणियां: -----

Details of service, if any, with ranks held in different capacities:

क्र.सं. Sr. No.	नियोक्ता प्राधिकारी का नाम Name of the Employing Authority	श्रेणी व पदनाम Ranks & Designation	से From	तक To	पद छोड़ने का कारण Reasons

12. क्या आपके पास भारी वाहन चलाने
का अनुज्ञापन (लाईसेंस) है?

यदि है, तो उसकी संख्या तथा अन्य विवरण दे: -----

Do you possess Heavy Vehicles Licence?

If so, furnish its No. and other details : _____

13. खेलकूद और व्यायाम कार्यकलापों सम्बन्धी

विवरण, योग्यता ओर अनुभव इत्यादि : -----

Particulars relating to sports activities,
qualification & experience etc.: _____

14. क्या आपको किसी न्यायालय/विभाग में कभी

सजा हुई है? यदि ऐसा हो तो पूरा विवरण दे: _____

Were you ever convicted by a Court ?

If so, give full details. Are you debarred
from service ? _____

15. प्रार्थना पत्र के साथ भेजे गए अनुलग्नक

1. _____

Enclosure attached with the application 2. _____

form

3. _____

उम्मीदवार के हस्ताक्षर
Signature of the Applicant

प्रार्थी द्वारा घोषण

DECLARATION BY THE CANDIDATE

1. पाठ्यक्रम में प्रवेश के लिए सुसंगत निर्देश मैंने पढ़ लिए हैं और मैं निर्धारित नियम और शर्तों का पालन करने को सहमत हूँ।

I have read the relevant instructions for admission to the said course and agree to abide by the prescribed terms and conditions therein.

2. प्रशिक्षण के दौरान किसी हानि, चोट, किसी भी प्रकार की विकलांगता या मृत्यु के उत्तरदायियों से मैं राज्य अग्निशमन सेवा केन्द्र के प्राधिकारियों को सब प्रकार से विमुक्त करता हूँ।

I hereby absolve the authorities of State Fire Fighting Training Centre from all responsibilities for any loss or injury or damage or any other disability suffered by me or death while under training.

3. मैं सत्यनिष्ठापूर्वक घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में मेरे द्वारा दिये गये सभी तथ्य सही हैं।

I hereby solemnly declare that the facts given by me in the application are correct.

4. मैं चिकित्सकीय रूप से हर तरह से फिट हूँ तथा क्लॉस्ट्रोफोबिया की शारीरिक कमी का शिकार नहीं हूँ, जो मुझे इस तरह के गंभीर प्रशिक्षण से गुजरने से रोकती है।

I am medically fit in all respects and not a victim of Claustrophobia or any other physical deficiency which prevents me to undergo such severe training.

5. मैं नियमित रूप से वेबसाइट को देखता रहूंगा/रहूंगी तथा अपने मोबाईल नं व ईमेल आई.डी. को नियमित रूप से चालू रखने व चैक करने की जिम्मेवारी मेरी स्वयं की होगी।

I will visit the website regularly and will keep switch on my mobile number and update email id, it will be my own responsibility to keep it running and check regularly.

स्थान: _____

Place: _____

तारीख: _____

Date: _____

प्रार्थी के हस्ताक्षर

Signature of the Applicant

शारीरिक स्वास्थ्य प्रमाण पत्र
CERTIFICATE OF MEDICAL FITNESS

पाठ्यक्रम का नाम: _____

Name of Course: _____

प्रायोजक अधिकारी का नाम: _____

Name of the sponsoring Authority: _____

प्रार्थी के हस्ताक्षर _____

Signature of the applicant :

यह प्रमाणित किया जाता है कि _____ जिनके हस्ताक्षर अंकित हैं जो कि इस कार्यालय में _____ के पद पर कार्य कर रहे हैं, का निरीक्षण किया है। उन्हें किसी प्रकार का क्षमिक रोग नहीं है। उन्हें घमि रोग नहीं है और हृदय, फेफड़े, वृक आदि के रोग नहीं है एवं उनका रक्त रक्तचाप सामान्य है, उनको दृष्टि सामान्य है।

This is to certify that I have examined Shri _____ (whom signature is appended above) who is employed as _____ in this department and found him fit in all respects and free from organic diseases of any short. He is not subject to vertigo or diseases of heart, lungs or abnormal blood pressure. His eye sight is normal.

2. मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि वह बिना चश्मा लगाये ऊँचें स्थानों से सीढ़ी, पम्प से व्यवहारिक अभ्यास तथा बचाव कार्य इत्यादि करने के योग्य होगा (चश्मा पहनने वाले उम्मीदवारों के विषय में लागू)।

I also certify that he will be able to perform practical drills with ladder, pumps and rescue work etc. from elevated place without the use of glasses (Applicable in case of candidates wearing glasses).

3. यह भी प्रमाणित किया जाता है कि श्री _____ का शारीरिक मानक निम्न प्रकार से है।

It is also certified that the physical standard of Shri _____ are as under :

(क) लम्बाई बिना जूते के _____ से. मी.

Height (without foot wear) _____ Cms.

(ख) वजन: _____ किलोग्राम

Weight _____ kgms.

(ग) छाती माप _____

Chest measurement:

(1) सामान्य _____ इंच

Normal _____ Cms.

(2) सांस फूलाकर पर _____ से.मी

Expended _____ Cms.

(3) अभियुक्ति यदि कोई हो: _____

Remarks, if any _____

(घ) दृष्टि 6/6 (बिना चश्में के)

Eye sight normal 6/6 (without glass)

हस्ताक्षर _____

Signature

पदनाम: बी.एम.ओ./एस.एम.ओ./सी.एम.ओ

Designation: BMO/SMO/CMO

स्थान: _____

Place

राजकीय चिकित्सा केन्द्र _____

Government Hospital

तारीख: _____

Date

मुहर _____

Seal

आवेदन-पत्र का प्रयोजन
SPONSORING OF APPLICATION

आयुक्त घोषणा पद पर हस्ताक्षर श्री _____
मैं मेरी उपस्थिति में किये हैं। अभी तक मुझे पता है और विश्वास है, आवेदन पत्र में दिये गये तथ्य सत्य
हैं।

The above declaration has been signed by Sh. _____
in my presence. The facts stated in the application form are correct to the best of
my knowledge.

विभाग द्वारा प्रायोजित उम्मीदवारों के आवेदन पत्र सम्बन्धित कार्यालय प्रमुख द्वारा (नगर
पालिका/विभाग/निगम/बोर्ड) प्रमाणित होना चाहिए।

In case of departmental sponsored candidate the form is to be attested by
the Head of Office of the concerned MC's/Deptt.'s/Corporation's/Board's

कार्यालय प्रमुख के हस्ताक्षर (मुहर सहित)
Signature of Head of Office (with Seal)
पूरा नाम: _____
Full Name
पदनाम: _____
Designation
विभाग: _____
Department

अन्य उम्मीदवारों के आवेदन पत्र किसी भी राजपत्रित अधिकारी द्वारा (राज्य/केन्द्र सरकार)
प्रमाणित होने चाहिए।

In case of other candidates the form is to be attested by and Gazetted
Officer of the State or the Centre Government.

राजपत्रित अधिकारी के हस्ताक्षर (मुहर सहित)
Signature of Gazetted Office (with Seal)
पूरा नाम: _____
Full Name
पदनाम: _____
Designation
विभाग: _____
Department