

**උතුරු පළාත් සෞඛ්‍ය දෙපාර්තමේන්තුව යටතේ පවතින සෞඛ්‍ය සේවා සහායක (කණිෂ්ඨ) III ශ්‍රේණියට විවෘත පදනම මත බඳවා ගැනීම සඳහා වන ව්‍යුහගත සම්මුඛ පරීක්ෂණය - 2026**

**01. 1.1 අයදුම්කරුගේ මූලකරු අගට යොදා මූලකරු සමග නම:-**

( ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරෙන් ) උදා: ANJALI, K.

.....

1.2 මූලකරුවලින් හැඳින්වෙන නම (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරෙන්):-.....

.....

**02. අයදුම්කරුගේ සම්පූර්ණ නම:-**

2.1 සිංහලෙන්:-.....

.....

2.2 ඉංග්‍රීසියෙන් (කැපිටල් අකුරෙන්) උදා: ANJALI, KUGAN.:-.....

.....

**03. ස්ථීර ලිපිනය:-**

3.1 සිංහලෙන්:-.....

.....

3.2 ඉංග්‍රීසියෙන් (කැපිටල් අකුරෙන්):-.....

.....

**04. ව්‍යුහගත සම්මුඛ පරීක්ෂණය සඳහා කැඳවීම් ලිපිය එවිය යුතු ලිපිනය (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරෙන්)**

.....

.....

**05. ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය:**

පුරුෂ - 0
ස්ත්‍රී - 1

(අදාළ අංකය කොටුව තුළ ලියන්න)

**06. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය:-**

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

**07. උපන් දිනය:-**

වර්ෂය

--	--	--	--

මාසය

--	--

දිනය

--	--

**08. 2026.05.05 දිනට වයස**

අවුරුදු

--	--

මාස

--	--

දින

--	--

**09. දුරකතන අංකය:-**

9.1 ජංගම

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

9.2 ස්ථාවර

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

**10. විද්‍යුත් තැපැල් ලිපිනය:-.....**

**11. ජාතිය:-**

සිංහල

දෙමළ

මුස්ලිම්

වෙනත්

(ගැලපෙන කොටුව තුළ “ X ” ලකුණ යොදන්න)

12. (12.1) ඔබ දැනට ස්ථිරව පදිංචි දිස්ත්‍රික්කය:-.....
- (12.2) නිවේදනයේ 3.1 කොටසේ පළමුවන වගන්තිය හෝ 3.1 හි දෙවන වගන්තිය අනුව, ස්ථිර පදිංචිය පිළිබඳ විස්තර
- (12.2.1) ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාශය:-.....
- (12.2.2) පදිංචි කාලය:-.....

ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාශය	පදිංචි කාලය	
	සිට	දක්වා

13. අධ්‍යාපන සුදුසුකම්:-

13.1 අ.පො.ස (සා/පෙළ) විභාගයේ ප්‍රතිඵල පිළිබඳ විස්තර:

පළමු වාරය

වර්ෂය :-.....

විභාග අංකය:-.....

දෙවන වාරය

වර්ෂය :-.....

විභාග අංකය :-.....

විෂයය	සාමාර්ථය
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

විෂයය	සාමාර්ථය
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

14. ඔබ කවරදාක හෝ කවර හෝ වෝදනාවක් සඳහා උසාවියකින් වරදකරු කරනු ලැබ තිබේ ද?

ඔව්  නැත  (ගැලපෙන කොටුව තුළ “✓” ලකුණ යොදන්න.)

“ඔව්” නම් විස්තර සඳහන් කරන්න:-.....

.....

15. ව්‍යුහගත සම්මුඛ පරීක්ෂණය සඳහා වන ගාස්තුව ගෙවා ලබාගත් ලදුපතේ තොරතුරු

- (i) ව්‍යුහගත සම්මුඛ පරීක්ෂණ ගාස්තුව ගෙවූ ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාර්යාලය:-.....
- (ii) ලදුපතේ අංකය සහ දිනය:-.....

ලදුපත නොගැලවෙන පරිදි මෙහි අලවන්න.  
(ලදුපතේ පිටපතක් ළග තබාගැනීම ප්‍රයෝජනවත් වනු ඇත)

**16. අයදුම්කරුගේ ප්‍රකාශය**

- (අ) මෙම අයදුම්පතෙහි මා සඳහන් කර ඇති තොරතුරු මාගේ දැනීමේ හැටියට සත්‍ය හා නිවැරදි බව මෙයින් සහතික කරමි. මෙහි යම් කොටසක් සම්පූර්ණ නොකිරීමෙන් සහ වැරදි ලෙස සම්පූර්ණ කිරීමෙන් සිදුවිය හැකි අලාභය විඳ දරා ගැනීමට එකඟ වෙමි. තවද මෙහි සියලුම කොටස් නිවැරදිව සම්පූර්ණ කර ඇති බව ද ප්‍රකාශ කරමි.
- (ආ) මා විසින් ලබාදෙන ලද තොරතුරු අසත්‍ය යැයි අනාවරණය වුවහොත්, පත්කරනු ලැබීමට පෙර නුසුදුස්සෙකු වන බව සහ පත්වීම ලැබීමෙන් පසු සේවයෙන් පහ කරනු ලැබීමට යටත්වන බව ද මම දනිමි.
- (ඇ) තවද මෙම විභාගය පැවැත්වීම සම්බන්ධයෙන් උතුරු පළාත් සෞඛ්‍ය, දේශීය වෛද්‍ය, පරිවාස හා ළමාරක්ෂක සේවා අමාත්‍යාංශයේ ලේකම් විසින් පනවනු ලබන නීති රීතිවලට යටත් වන බව ද ප්‍රකාශ කරමි.
- (ඈ) මෙහි මා විසින් සඳහන් කළ කිසිදු තොරතුරක් පසුව වෙනස් කළ නොහැකි බව ද මම දනිමි.

දිනය:-.....  
.....  
 අයදුම්කරුගේ අත්සන

**17. අයදුම්කරුගේ අත්සන සහතික කිරීම**

(සටහන:- නිවේදනයේ 10 වගන්තියේ දක්වා ඇති පරිදි සහතික කළ යුතුය)

මෙම අයදුම්පත ඉදිරිපත් කරනු ලබන ..... මහතා/මහත්මිය/මෙනවිය මා පෞද්ගලිකව දන්නා හඳුනන බව ද, ..... දින මා ඉදිරිපිට දී අත්සන තැබූ බව ද, නියමිත විභාග ගාස්තු ගෙවා ඇති බව ද, විභාග ගාස්තු ගෙවන ලද ලදුපත අයදුම්පතේ නියමිත ස්ථානයේ අලවා ඇති බව ද මෙයින් සහතික කරමි.

.....  
 අත්සන සහතික කරන නිලධාරියාගේ අත්සන

අත්සන සහතික කරන නිලධාරියාගේ,

සම්පූර්ණ නම :-.....  
 තනතුර :-.....  
 ලිපිනය :-.....  
 (නිල මුද්‍රාව මගින් තහවුරු කළ යුතුය.)  
 දිනය :-.....

**18. දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය**

(මෙම කොටස රජයේ දෙපාර්තමේන්තු/ආයතනවල සේවය කරන අයදුම්කරුවන් සඳහා පමණක් අදාළ වේ. මෙම කොටසේ දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියා හෝ ඔහු වෙනුවෙන් අත්සන් කිරීමට බලයලත් නිලධාරියෙකු විසින් පමණක් අත්සන් කළ හැකිය.)

මෙම දෙපාර්තමේන්තුවේ ..... සේවයේ ස්ථිර නිලධාරියෙකු ලෙස සේවය කරනු ලබන ..... මහතා/මහත්මිය/මෙනවිය ගේ අයදුම්පත් නිර්දේශ කර ඉදිරිපත් කරමි. ඔහු/ඇය මෙම තනතුර සඳහා පත්කිරීමට තෝරා ගනු ලැබුවහොත් ඔහු/ඇය දැනට දරණ තනතුරෙන් නිදහස් කළ හැකි බවත්, ඔහු/ඇය පසුගිය වසර..... සේවා කාලය තුළදී විනය ක්‍රියාමාර්ගවලට යටත් වී නොමැති බවත්, සියලුම වැටුප් වර්ධක නියමිත දිනවල දී උපයාගෙන ඇති බවත්, මෙහි ඔහු/ඇය විසින් සඳහන් කර ඇති තොරතුරු නිවැරදි බවත් මෙයින් සහතික කරමි.

.....  
 දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියාගේ අත්සන

දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියාගේ

සම්පූර්ණ නම :-.....  
 තනතුර :-.....  
 ලිපිනය :-.....  
 (නිල මුද්‍රාව මගින් තහවුරු කළ යුතුය.)  
 දිනය :-.....