சிறைச்சாலைகள் திணைக்களத்தின் இணைந்த உத்தியோகத்தர் சேவைத் தொகுதியில் ஆலோசனை உத்தியோகத்தர் பதவிக்கான ஆட்சேர்ப்பு – மாதிரிப் படிவம்

01. i.முழுப் பெயர் :- .....

ii. முதலெழுத்துக்களுடன் பெயர் :- .....

02. நிரந்தர முகவரி :- .....

03. தேசிய அடையாள அட்டையின் இலக்கம் :- .....

04. பிறந்த திகதி :- ஆண்டு : ☐ மாதம் : ☐ திகதி : ☐

05. 2026.12.15 ஆம் திகதியில் வயது :- ஆண்டு: ☐ மாதம்: ☐ திகதி: ☐

06. பால்-பெண்/ஆண் :- ..... 07. திருமணமான /திருமணமாகாத :-

08. i. தொலைபேசி இல :- கையடக்க : ..... நிலையான :.....

ii. மின்அஞ்சல் முகவர் :- .....

09. கல்வி தகைமைகள்:- (சான்றிதழ்களின் பிரிதிகளை இணைக்கவும்).

பாடநெறியின் பெயர்	பாடங்கள் மற்றும் சித்தி	பதிவு இலக்கம் (மாணவர் இலக்கம்)	பல்கலைக்கழகத்தின் பெயர்	பட்டம் வலுப்பெறும் திகதி
01.பட்டம் :-				
02.ஏனைய தகைமைகள் :-				

10. தொழில்சார் தகைமைகள் :- (சான்றிதழ் அல்லது ஆவணங்கள் மூலம் உறுதிப்படுத்தல் வேண்டும்)

தொழில்சார் தகைமைகள்	காலம் (ஆண்டுகளின் எண்ணிக்கை)	நிறுவனத்தின் பெயர்
01.	01.	01.
02.	02.	02.
03.	03.	03.

11. அனுபவம் :- (சான்றிதழ் அல்லது ஆவணங்கள் மூலம் உறுதிப்படுத்தல் வேண்டும்)

பதவி	காலம் (ஆண்டுகளின் எண்ணிக்கை)	நிறுவனத்தின் பெயர்
01.	01.	01.
02.	02.	02.
03.	03.	03.

(க.கொ) தகைமைகளை உறுதிப்படுத்தும் சான்றிதழ்கள் மற்றும் ஆவணங்களின் சான்றளிக்கப்பட்ட பிரதிகளை இணைத்து அனுப்ப வேண்டும். உரிய சான்றிதழ்கள் மற்றும் ஆவணங்களை இணைக்காமல் அனுப்பப்படும் விண்ணப்பங்கள் எவ்வித முன்னறிவித்தலும் இன்றி நிராகரிக்கப்படும்.

12. விண்ணப்பதாரரின் உறுதிமொழி: -

மேலே வழங்கப்பட்டுள்ள அனைத்து தகவல்களும் உண்மையானவை மற்றும் சரியானவை என்பதை இதன்மூலம் உறுதிப்படுத்துகிறேன். நான் வழங்கிய தகவல்களில் ஏதேனும் பொய்யானவை அல்லது தவறானவை என்பது ஆலோசனை உத்தியோகத்தர் பதவிக்கு ஆட்சேர்ப்பு செய்யப்படுவதற்கு முன்னரோ ஆட்சேர்ப்பு செய்யப்பட்ட பின்னரோ கண்டறியப்பட்டால், எனது நியமனம் இரத்துச் செய்யப்படும் என்பதை நன்கு அறிந்துள்ளேன்.

....

திகதி விண்ணப்பத்தாரரின் கையொப்பம்

13. கையொப்பத்தை உறுதிப்படுத்துதல் :-

இந்த விண்ணப்பத்தைச் சமர்ப்பிக்கும் திரு/திருமதி/செல்வி .....

அவர்களை நான் தனிப்பட்ட முறையில் அறிவேன். அவர் ..... திகதியன்று எனது முன்னிலையில் கீழே தனது கையொப்பத்தை இட்டார் என்பதை இதன்மூலம் உறுதிப்படுத்துகிறேன்.

....

திகதி சான்றளிப்பவரின் கையொப்பம்

சான்றளிப்பவரின் முழுப்பெயர் :- .....

பதவி :- .....

முகவரி :- .....

(தயவு செய்து பதவி முத்திரை இடவும்)

14. அரச / மாகாண அரச சேவையில் பணியாற்றும் விண்ணப்பதாரர்களுக்கு மாத்திரம் உரியது.

..... ஆகிய இவர், இந்நிறுவனத்தில் ..... பதவியில் பணியாற்றி வருகிறார் என்பதையும், அவருடைய வேலை மற்றும் நடத்தை திருப்திகரமாக உள்ளது என்பதையும், அவருக்கு எதிராக ஒழுக்காற்று விசாரணைகள் / ஒழுக்காற்று நடவடிக்கைகள் உள்ளன / இல்லை என்பதையும், இப்பதவிக்குத் தெரிவு செய்யப்பட்டால், விண்ணப்பதாரரை தற்போது வகிக்கும் பதவியிலிருந்து விடுவிக்க முடியும் / முடியாது என்பதையும் இதன்மூலம் உறுதிப்படுத்துகிறேன்.

....

திகதி திணைக்களத்து/நிறுவனத் தலைவரின் கையொப்பம்