



तंत्रशिक्षण विभागीय कार्यालय, पुणे

४१२ ई शिवाजीनगर, पुणे ४११ ०१६.

ब्रॉडवनी- ०२०-२५६५६२३४/२५६५७१७६

E-Mail: ropune@dtmaharashtra.gov.in Internet: <http://www.ropune.org.in>

जा.क्र.तशिविकापू/विवि-३/सार्वजनिक आरोग्य विभाग परिक्षा/२०२१-२२/ 3374 दिनांक : 08 SEP 2021

प्रति,
संगालफ/प्रागार्ग,
या विभागीय कार्यालयाच्या अधिनस्त सर्व संस्था,
पुणे विभाग

विषय :-आयुक्त आरोग्य विभाग यांचेकडून दिनांक २५/०९/२०२१ व २६/०९/२०२१ रोजी गट क व गट
ड मधील पदभरतीसाठी आयोजित परीक्षेबाबत....

- संदर्भ :- १) आयुक्त सार्वजनिक आरोग्य विभाग आणि राष्ट्रीय आरोग्य अभियान महाराष्ट्र यांचे पत्र क्रमांक
NHMM Cell/Group C&D/Strong Rooms/47937/2021 dated 26 th Augustth 2021
२) संगालफ, तंत्रशिक्षण संचालनालय, म.रा. मुंबई यांचे पत्र जा.क्र.२ अ/एडीएम/२०२१/३५९
दिनांक २७/०८/२०२१
३) या कार्यालयाचे पत्र क्र जा.क्र.तशिविकापू/विवि-३/सार्वजनिक आरोग्य विभाग
परिक्षा/२०२१-२२/३९५७ दिनांक ०७/०९/२०२१
४) संचालक, तंत्रशिक्षण संचालनालय, म.रा. मुंबई यांचे पत्र जा.क्र.२ अ/एडीएम/२०२१/३६६
दिनांक ०७/०९/२०२१

उपरोक्त विषयास अनुसरून आपणास कळविण्यात येते की, आयुक्त आरोग्य विभाग यांचेकडून पद भरतीसाठी
दिनांक २५/०९/२०२१ रोजी गट क करिता व दिनांक २६/०९/२०२१ रोजी गट ड करिता ऑफलाईन पध्दतीने लेखी
परिक्षा घेण्यात येणार आहे.

संदर्भ क्र ३ अन्वये परीक्षेसाठी सर्व संस्थांनी आपल्या संस्थेची माहिती या कार्यालयाच्या संकेतस्थळावर प्रदर्शित
केलेल्या गुगल फॉर्म लिंकद्वारे (<https://forms.gle/EGvahQ2jKMQTGTVCA>) भरून दिनांक ०८/०९/२०२१ रोजी
दुपारी १२/०० वाजे पर्यंत सादर करावी असे कळविण्यात आले होते.

ज्या संस्थांनी परीक्षेकरीता आवश्यक वर्गखोल्या व बैठक व्यवस्था याबाबत गुगल फॉर्मद्वारे /नोडल अधिकारी
मार्फत या कार्यालयास माहिती सादर केली आहे अशा सर्व संस्थांनी सोबतच्या प्रपत्रात माहिती भरून ती परीक्षेचे
काम सोपविण्यात आलेल्या M/S NCPL या एजन्सीच्या sonu@nysaasia.com या ई-मेलवर तसेच या
कार्यालयाच्या ropune@dtmaharashtra.gov.in या ई-मेलवर दिनांक ०९/०९/२०२१ रोजी सकाळी ११:०० वाजे
पर्यंत पाठविण्यात यावी.माहिती पाठविताना विषयामध्ये Health Dept. Exam Center Consent .असे
नमूद करावे.

(डॉ.द.व्यं.जाधव)

सहसंचालक

तंत्रशिक्षण विभागीय कार्यालय, पुणे

**Exam Centre Consent form for Offline Exam
FOR NHM – Date of Examinations 25th and 26th Sep 2021**

This Consent form should be filled up by the authorized person of the center / institute and all the details provided must be accurate and correct.

NAME OF THE INSTITUTION / CENTER: (Block Letters) _____

COMPLETE POSTAL ADDRESS: (Block Letters) _____

STATE: _____ CITY: _____ PIN CODE: __/__/____/____/____/____/____

PROMINENT LANDMARK: _____

PHONE NUMBER (with STD Code): ____/____ MOBILE-1: ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____

MOBILE-2: ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____

NAME OF THE CHIEF SUPERINTENDENT (CS): _____

DESIGNATION OF THE CS: _____

MOBILE NUMBER OF THE CS: _____

Number of Rooms (as per seating capacity of @24) _____

Total Number of candidates Allotted by Centre

Number of Ladies Washroom _____ Number of Gents Washroom _____ Is washroom Clean? _____

Number of Watercooler for Drinking Water _____ DG Available _____

Invigilator Ratio is 1:24 Yes / No _____ Total Invigilator _____

Frisking Separate Covered Area for Female Frisking Yes / No _____

Strong Room/Mobile/Baggage Collection & Distribution to be Managed by School with Token/Sticker System (Yes / No) _____

Distance Between 2 Candidates should be 3 Feet and More _____

CS Name _____

CS Signature _____

Date _____

Center Seal :

SEAT MATRIX (classroom capacity should be in multiples of 24 only)

S.N	Building or Block	Floor	Classroom Number	Classroom Capacity
Example	Block A	Ground	001	24
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
TOTAL				