

on "Submit" button to finally push data into server with successful submission report that you can print.
[CANDIDATES ARE ADVISED TO TAKE A PRINT OF THIS PAGE BY CLICKING ON THE "Print" OPTION AVAILABLE]
 For other information candidates are advised to select desired option in 'Home Page' of Commission's website <https://uppsc.up.nic.in>
IMPORTANT ANNOUNCEMENT
:- NOTIFICATIONS / ADVERTISEMENTS
 All Notification / Advertisements
:- ONLINE APPLICATION FORMS SUBMISSION
 Candidate Registration
 Fee Deposition / Reconciliation
 Submit Application Form
 Modify Submitted Application
 Candidate Dashboard (OTR Based)
:- CANDIDATE'S HELP DESK SECTION
 Double Verification mode
 View Application Status
 Download Admit Card
 Print Duplicate Registration Slip
 Print Detailed Application Form
 List of Applications Having ANY Objections
 View Answer Key
LAST DATE FOR RECEIPT OF APPLICATIONS : On-line Application process must be completed (including filling up of OTR, Part-I, Part-II and Part-III of the Form) before last date of form submission according to Advertisement, after which the web-link will be disabled.

परिशिष्ट-1
उ0प्र0 की अनुसूचित जाति तथा अनुसूचित जनजाति के लिये जाति प्रमाण-पत्र (प्रारूप-II)
 प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी सुपुत्र/सुपुत्री श्री निवासी ग्राम तहसील नगर जिला उत्तर प्रदेश राज्य की जाति के व्यक्ति हैं जिसे संविधान (अनुसूचित जाति) आदेश, 1950 (जैसा कि समय-समय पर संशोधित हुआ) / संविधान (अनुसूचित जनजाति, उत्तर प्रदेश) आदेश, 1967 के अनुसार अनुसूचित जाति / अनुसूचित जनजाति के रूप में मान्यता दी गई है।
 श्री/श्रीमती/कुमारी तथा/अथवा उनका परिवार उत्तर प्रदेश के ग्राम तहसील नगर जिला में सामान्यतया रहता है।
 स्थान हस्ताक्षर
 दिनांक पूरा नाम
 मुहर पद नाम
 जिलाधिकारी/अतिरिक्त जिलाधिकारी/सिटी मजिस्ट्रेट/परगना मजिस्ट्रेट/तहसीलदार/अन्य वेतन भोगी मजिस्ट्रेट यदि कोई हो/जिला समाज कल्याण अधिकारी।

उत्तर प्रदेश के अन्य पिछड़े वर्ग के लिए जाति प्रमाण-पत्र (प्रारूप-I)
 प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी सुपुत्र/सुपुत्री निवासी तहसील नगर जिला उत्तर प्रदेश राज्य की पिछड़ी जाति के व्यक्ति हैं। यह जाति उ0प्र0 लोक सेवा (अनुसूचित जातियों, अनुसूचित जनजातियों और अन्य पिछड़े वर्गों के लिये आरक्षण) अधिनियम, 1994 (यथासंशोधित) की अनुसूची-एक के अन्तर्गत मान्यता प्राप्त है।
 यह भी प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी पूर्वोक्त अधिनियम, 1994 (यथासंशोधित) की अनुसूची-दो जैसा कि उ0प्र0 लोक सेवा (अनुसूचित जातियों, अनुसूचित जनजातियों और अन्य पिछड़े वर्गों के लिये आरक्षण) (संशोधन) अधिनियम, 2001 द्वारा प्रतिस्थापित किया गया है एवं जो उ0प्र0 लोक सेवा (अनुसूचित जातियों, अनुसूचित जनजातियों और अन्य पिछड़े वर्गों के लिये आरक्षण) (संशोधन) अधिनियम, 2002 द्वारा संशोधित की गयी है, से आच्छादित नहीं है। इनके माता-पिता की निरंतर तीन वर्ष की अवधि के लिये सकल वार्षिक आय आठ लाख रुपये या इससे अधिक नहीं है तथा इनके पास धनकर अधिनियम, 1957 में यथा विहित छूट सीमा से अधिक सम्पत्ति भी नहीं है।
 श्री/श्रीमती/कुमारी तथा/अथवा उनका परिवार उत्तर प्रदेश के ग्राम तहसील नगर जिला में सामान्यतया रहता है।
 स्थान हस्ताक्षर
 दिनांक पूरा नाम
 मुहर पद नाम
 जिलाधिकारी/अतिरिक्त जिलाधिकारी/सिटी मजिस्ट्रेट/परगना मजिस्ट्रेट/तहसीलदार।

(प्रपत्र-I)
उत्तर प्रदेश सरकार
कार्यालय का नाम.....
आर्थिक रूप से कमजोर वर्ग के सदस्य द्वारा प्रस्तुत किया जाने वाला आय एवं परिसम्पत्ति प्रमाण-पत्र
प्रमाण पत्र संख्या..... दिनांक
वित्तीय वर्ष के लिए मान्य
 प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी पुत्र/पति/पुत्री ग्राम/कस्बा पोस्ट ऑफिस थाना तहसील जिला राज्य पिन कोड के स्थायी निवासी हैं, जिनका फोटोग्राफ नीचे, अभिप्रमाणित है, आर्थिक रूप से कमजोर वर्ग के सदस्य हैं, क्योंकि वित्तीय वर्ष में इनके परिवार की कुल वार्षिक आय 8 लाख (आठ लाख रुपये मात्र) से कम है। इनके परिवार के स्वामित्व में निम्नलिखित में से कोई भी परिसम्पत्ति नहीं है:-
 I. 5 (पाँच) एकड़ कृषि योग्य भूमि अथवा उससे ऊपर।
 II. एक हजार वर्ग फीट अथवा इससे, अधिक क्षेत्रफल का प्लैट।
 III. अधिसूचित नगरपालिका के अंतर्गत 100 वर्ग गज अथवा इससे अधिक का आवासीय भूखण्ड।
 IV. अधिसूचित नगरपालिका से इतर 200 वर्ग गज अथवा इससे अधिक का आवासीय भूखण्ड।
 2. श्री/श्रीमती/कुमारी जाति के

सदस्य हैं जो अनुसूचित जाति, अनुसूचित जनजाति तथा अन्य पिछड़े वर्गों के रूप में अधिसूचित नहीं हैं।
 आवेदक का पासपोर्ट साइज का अभिप्रमाणित फोटोग्राफ
 हस्ताक्षर(कार्यालय का मुहर सहित)
 पूरा नाम
 पदनाम
 जिलाधिकारी/अतिरिक्त जिलाधिकारी/सिटी मजिस्ट्रेट/परगना मजिस्ट्रेट/तहसीलदार।

(प्रपत्र-II)
आर्थिक रूप से कमजोर वर्ग के लाभार्थ स्वयं घोषण पत्र स्वयं घोषण पत्र
 मैं पुत्र/पुत्री/पत्नी ग्राम/कस्बा पोस्ट ऑफिस थाना तहसील जिला राज्य ने आर्थिक रूप से कमजोर वर्ग के प्रमाण पत्र हेतु आवेदन दिया है, एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ।
 1. मैं जाति से सम्बन्ध रखता/रखती हूँ, जो उत्तर प्रदेश हेतु अधिसूचित अनुसूचित जाति, अनुसूचित जनजाति, एवं अन्य पिछड़ा वर्ग की सूची में सूचीबद्ध नहीं है।
 2. मेरे परिवार की कुल श्रोतों (वेतन, कृषि, व्यवसाय, पेशा इत्यादि) से कुल वार्षिक आय रु (शब्दों में) है।
 3. मेरे परिवार के पास उल्लिखित आय के सिवाय अथवा इसके अतिरिक्त अन्यत्र कोई परिसम्पत्ति नहीं है।

अथवा
 कई स्थानों पर स्थित परिसम्पत्तियों को जोड़ने के पश्चात भी मैं (नाम) आर्थिक रूप से कमजोर वर्ग के दायरे में आता/आती हूँ।
 4. मैं घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे परिवार की सभी परिसम्पत्तियों को जोड़ने के पश्चात् निम्नलिखित में से किसी भी सीमा से अधिक नहीं है।
 I. 5 (पाँच) एकड़ कृषि योग्य भूमि अथवा उससे ऊपर।
 II. एक हजार वर्ग फीट अथवा इससे, अधिक क्षेत्रफल का प्लैट।
 III. अधिसूचित नगरपालिका के अंतर्गत 100 वर्ग गज अथवा इससे अधिक का आवासीय भूखण्ड।
 IV. अधिसूचित नगरपालिका से इतर 200 वर्ग गज अथवा इससे अधिक का आवासीय भूखण्ड।
 मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा उपरोक्त जानकारी मेरे ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य है और मैं आर्थिक रूप से कमजोर वर्ग के लिए आरक्षण सुविधा प्राप्त करने हेतु पात्रता धारण करता/करती हूँ। यदि मेरे द्वारा दी गई जानकारी असत्य/गलत पायी जाती है तो मैं पूर्ण रूप से जानता हूँ/जानती हूँ कि इस आवेदन पत्र के आधार पर दिये गये प्रमाण पत्र के द्वारा शैक्षणिक संस्थान में लिया गया प्रवेश/लोक सेवाओं एवं पदों में प्राप्त की गई नियुक्ति निरस्त कर दी जायेगी/कर दिया जायेगा अथवा इस प्रमाण पत्र के आधार पर कोई अन्य सुविधा/लाभ प्राप्त किया गया है उससे भी वंचित किया जा सकेगा और इस सम्बन्ध में विधि एवं नियमों के अधीन मेरे विरुद्ध की जाने वाली कार्यवाही के लिए मैं उत्तरदायी रहूँगा/रहूँगी।
नोट:- जो लागू नहीं हो उसे काट दें।
स्थान :- आवेदक/आवेदिका का हस्ताक्षर तथा पूरा नाम।

Form-II
Certificate of Disability
 (In cases of amputation or complete permanent paralysis of limbs or dwarfism and in case of blindness)
 (Name and Address of the Medical Authority issuing the Certificate)
 Recent passport size attested photograph (showing face only) of the person with disability

Certificate No. Date:
 This is to certify that I have carefully examined Shri/Smt./Kum. son/wife/daughter of Shri Date of Birth (DD/MM/YY) Age years, male/female registration No. permanent resident of House No. Ward/Village/Street Post office District State whose photograph is affixed above, and am satisfied that:
 (A) he/she is a case of:
 ● locomotor disability
 ● dwarfism
 ● blindness
 (Please tick as applicable)
 (B) The diagnosis in his/her case is _____
 (A) he/she has % (in figure) percent (in words) permanent locomotor disability/dwarfism/blindness in relation to his/her (in words) permanent locomotor disability/ dwarfism/blindness in relation to his/her (part of body) as per guidelines (.....number and date of issue of the guidelines to be specified).
 2.The applicant has submitted the following document as proof of residence:-

Name and Seal of Member	Name and Seal of Member	Name and Seal of the Chairperson
(Dr.....) Member Medical Board with seal	(Dr.....) Member Medical Board with seal	(Dr.....) Chairperson Medical Board with seal
Signature/thumb impression of the person in whose favour certificate of disability is issued	Countersigned by the Chief Medical Officer	

(with seal)
Form-III
Certificate of Disability
(In cases of multiple disabilities)
 (Name and Address of the Medical Authority/Board issuing the Certificate)
 Recent passport size attested photograph (showing face only) of the person with disability

Certificate No. Date:
 This is to certify that we have carefully examined Shri/Smt./Kum. son/wife/daughter of Shri Date of birth (DD/MM/YY) age years, male/female Registration No. permanent resident of House No. Ward/Village/ Street Post Office District State whose photograph is affixed above, and am satisfied that:
 (A) he/she is a case of Multiple Disability. His/her extent of permanent physical impairment/disability has been evaluated as per guidelines (.....number and date of issue of the guidelines to be specified) for the disabilities ticked below, and is shown against the relevant disability in the table below:

S. N.	Disability	Affected part of body	Diagnosis	Permanent physical impairment/ mental disability (in%)
1.	Locomotor disability	@		
2.	Muscular Dystrophy			
3.	Leprosy cured			
4.	Dwarfism			
5.	Cerebral Palsy			
6.	Acid attack Victim			
7.	Low Vision	#		
8.	Blindness	#		
9.	Deaf	£		
10.	Hard of Hearing	£		
11.	Speech and Language disability			
12.	Intellectual Disability			
13.	Specific Learning Disability			
14.	Autism Spectrum Disorder			
15.	Mental illness			
16.	Chronic Neurological Conditions			
17.	Multiple sclerosis			
18.	Parkinson's disease			
19.	Haemophilia			
20.	Thalassemia			
21.	Sickle Cell disease			

(B) In the light of the above, his/her over all permanent physical impairment as per guidelines (.....number and date of issue of the guidelines to be specified), is as follows:-
 In figures.....percent.
 In words.....percent
 2. This condition is progressive/non-progressive/likely to improve/not likely to improve.
 3. Reassessment of disability is:-
 (i) not necessary, or
 (ii) is recommended/ after..... years..... months, and therefore this certificate shall be valid till (DD) (MM) (YY)
 @ - e.g. Left/right/both arms/legs
 # - e.g. Single eye
 £ - e.g. Left/Right/both ears
 4. The applicant has submitted the following document as proof of residence:-

Nature of Document	Date of Issue	Details of authority Issuing certificate
5. Signature and seal of the Medical Authority.		

Name and Seal of Member	Name and Seal of Member	Name and Seal of the Chairperson
Signature/thumb impression of the person in whose favour certificate of disability is issued	Countersigned by the Chief Medical Officer (with seal)	
Form-IV Certificate of Disability (In cases of other than those mentioned in Forms II and III) (Name and Address of the Medical Authority/Board issuing		

<p style="text-align: center;">the Certificate)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>Recent passport size attested photograph (showing face only) of the person with disability</p> </div> <p>Certificate No. _____ Date: _____</p> <p>This is to certify that we have carefully examined Shri/Smt./Kum. _____ son/wife/daughter of Shri _____ Date of birth (DD/MM/YY) _____ age _____ years, male/ female _____.</p> <p>Registration No. _____ permanent resident of House No. _____ Ward/Village/ Street _____ Post Office _____ District _____ State _____, whose photograph is affixed above, and am satisfied that he/she is a case of _____ Disability. His/her extent of percentage physical impairment/disability has been evaluated as per guidelines (.....number and date of issue of the guidelines to be specified) and is shown against the relevant disability in the table below:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>S. N.</th> <th>Disability</th> <th>Affected part of body</th> <th>Diagnosis</th> <th>Permanent physical impairment/ mental disability (in%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.</td><td>Locomotor disability</td><td>@</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2.</td><td>Muscular Dystrophy</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3.</td><td>Leprosy cured</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4.</td><td>Cerebral Palsy</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5.</td><td>Acid attack Victim</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6.</td><td>Low Vision</td><td>#</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7.</td><td>Deaf</td><td>£</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8.</td><td>Hard of Hearing</td><td>£</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9.</td><td>Speech and Language disability</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10.</td><td>Intellectual Disability</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11.</td><td>Specific Learning Disability</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12.</td><td>Autism Spectrum Disorder</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13.</td><td>Mental illness</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14.</td><td>Chronic Neurological Conditions</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15.</td><td>Multiple sclerosis</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>16.</td><td>Parkinson's disease</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>17.</td><td>Haemophilia</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>18.</td><td>Thalassemia</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>19.</td><td>Sickle Cell disease</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>(Please strike out the disabilities which is not applicable)</p> <p>2. The above condition is progressive/non-progressive/ likely to improve/not likely to improve.</p> <p>3. Reassessment of disability is:- (i) not necessary, or (ii) is recommended/after.....years..... months, and therefore this certificate shall be valid till.... (DD) (MM) (YY) @ - e.g. Left/right/both arms/legs # - e.g. Single eye/both eyes £ - e.g. Left/Right/both ears</p> <p>4. Signature and seal of the Medical Authority.</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; text-align: center;"> <p>Name and Seal of Member</p> </td> <td style="width:33%; text-align: center;"> <p>Name and Seal of Member</p> </td> <td style="width:33%; text-align: center;"> <p>Name and Seal of the Chairperson</p> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <p>Signature/thumb impression of the person in whose favour certificate of disability is issued</p> </td> <td colspan="2" style="text-align: center;"> <p>Countersigned by the Chief Medical Officer (with seal)</p> </td> </tr> </table> <p>उत्तर प्रदेश लोक सेवा (शारीरिक रूप से विकलांग, स्वतंत्रता संग्राम सेनानियों के आश्रितों और भूतपूर्व सैनिकों के लिये आरक्षण), अधिनियम, 1993 (यथासंशोधित) के अनुसार स्वतंत्रता संग्राम सेनानी के आश्रित के प्रमाण-पत्र का प्रपत्र।</p> <p style="text-align: center;">प्रमाण-पत्र</p> <p>प्रमाणित किया जाता है कि श्री/ श्रीमती निवासी ग्राम- नगर- जिला- उत्तर प्रदेश लोक सेवा (शारीरिक रूप से विकलांग, स्वतंत्रता संग्राम सेनानियों के आश्रितों और भूतपूर्व सैनिकों के लिये आरक्षण) अधिनियम, 1993 के अनुसार स्वतंत्रता संग्राम सेनानी हैं और श्री/ श्रीमती/ कुमारी (आश्रित) पुत्र/पुत्री/पौत्र (पुत्र का पुत्र या पुत्री का पुत्र) तथा पौत्री (पुत्र की पुत्री या पुत्री की पुत्री) (विवाहित अथवा अविवाहित) उपरोक्त अधिनियम, 1993 (यथासंशोधित) के प्रावधानों के अनुसार उक्त श्री/ श्रीमती (स्वतंत्रता संग्राम सेनानी) के आश्रित हैं।</p> <p>स्थान: हस्ताक्षर दिनांक: पूरा नाम पदनाम मुहर जिलाधिकारी (सील)</p>	S. N.	Disability	Affected part of body	Diagnosis	Permanent physical impairment/ mental disability (in%)	1.	Locomotor disability	@			2.	Muscular Dystrophy				3.	Leprosy cured				4.	Cerebral Palsy				5.	Acid attack Victim				6.	Low Vision	#			7.	Deaf	£			8.	Hard of Hearing	£			9.	Speech and Language disability				10.	Intellectual Disability				11.	Specific Learning Disability				12.	Autism Spectrum Disorder				13.	Mental illness				14.	Chronic Neurological Conditions				15.	Multiple sclerosis				16.	Parkinson's disease				17.	Haemophilia				18.	Thalassemia				19.	Sickle Cell disease				<p>Name and Seal of Member</p>	<p>Name and Seal of Member</p>	<p>Name and Seal of the Chairperson</p>	<p>Signature/thumb impression of the person in whose favour certificate of disability is issued</p>	<p>Countersigned by the Chief Medical Officer (with seal)</p>		<p style="text-align: center;">भाग लेने वाले खिलाड़ी के लिये)</p> <p>सम्बन्धित खेल की राष्ट्रीय फेडरेशन/राष्ट्रीय एसोसिएशन का नाम राज्य सरकार की सेवाओं/पदों पर नियुक्ति के लिए कुशल खिलाड़ियों के लिए प्रमाण-पत्र प्रमाणित किया जाता है कि श्री/ श्रीमती/ कुमारी आत्मज/पत्नी/ आत्मजा श्री निवासी पूरा पता ने दिनांक से दिनांक तक (स्थान का नाम) में आयोजित (क्रीड़ा/खेल-कूद का नाम) की प्रतियोगिता/टूर्नामेंट में देश की ओर से भाग लिया। उनके टीम के द्वारा उक्त प्रतियोगिता/टूर्नामेंट में स्थान प्राप्त किया गया। यह प्रमाण-पत्र राष्ट्रीय फेडरेशन/राष्ट्रीय एसोसिएशन/ (यहाँ संस्था का नाम दिया जाये) में उपलब्ध रिकार्ड के आधार पर दिया गया है।</p> <p>स्थान हस्ताक्षर दिनांक नाम पद संस्था का नाम मुहर</p> <p>नोट : यह प्रमाण-पत्र नेशनल फेडरेशन/नेशनल एसोसिएशन के सचिव द्वारा व्यक्तिगत रूप से किये गये हस्ताक्षर होने पर ही मान्य होगा।</p> <p style="text-align: center;">प्रारूप - 2</p> <p>(मान्यता प्राप्त क्रीड़ा/खेल में अपने प्रदेश की ओर से राष्ट्रीय प्रतियोगिता में भाग लेने वाले खिलाड़ी के लिये)</p> <p>सम्बन्धित खेल की प्रदेशीय एसोसिएशन का नाम राज्य सरकार की सेवाओं/पदों पर नियुक्ति के लिए कुशल खिलाड़ियों के लिए प्रमाण-पत्र प्रमाणित किया जाता है कि श्री/ श्रीमती/ कुमारी आत्मज/पत्नी/ आत्मजा श्री निवासी (पूरा पता) ने दिनांक से दिनांक तक में (क्रीड़ा/खेल-कूद का नाम) की प्रतियोगिता (टूर्नामेंट) स्थान का नाम) आयोजित राष्ट्रीय में (क्रीड़ा/खेल-कूद का नाम) की प्रतियोगिता/टूर्नामेंट में प्रदेश की ओर से भाग लिया। उनके टीम के द्वारा उक्त प्रतियोगिता/टूर्नामेंट में स्थान प्राप्त किया गया। यह प्रमाण-पत्र (प्रदेशीय संघ का नाम) में उपलब्ध रिकार्ड के आधार पर दिया गया है।</p> <p>स्थान हस्ताक्षर दिनांक नाम पद संस्था का नाम मुहर</p> <p>नोट : यह प्रमाण-पत्र प्रदेशीय खेल-कूद संघ के सचिव द्वारा व्यक्तिगत रूप से किये गये हस्ताक्षर होने पर ही मान्य होगा।</p> <p style="text-align: center;">प्रारूप - 3</p> <p>(मान्यता प्राप्त क्रीड़ा/खेल में अपने विश्वविद्यालय की ओर से अन्तर्विश्वविद्यालय प्रतियोगिता में भाग लेने वाले खिलाड़ी के लिये)</p> <p>विश्वविद्यालय का नाम राज्य स्तर की सेवाओं/पदों पर नियुक्ति के लिए कुशल खिलाड़ियों के लिए प्रमाण-पत्र प्रमाणित किया जाता है कि श्री/ श्रीमती/ कुमारी आत्मज/पत्नी/ आत्मजा श्री निवास (पूरा नाम) विश्वविद्यालय की कक्षा के विद्यार्थी ने दिनांक से दिनांक तक (स्थान का नाम) में आयोजित अन्तर्विश्वविद्यालय (क्रीड़ा/खेल-कूद का नाम) प्रतियोगिता/टूर्नामेंट में विश्वविद्यालय की ओर से भाग लिया। उनके टीम के द्वारा उक्त प्रतियोगिता/टूर्नामेंट में स्थान प्राप्त किया गया। यह प्रमाण-पत्र डीन ऑफ स्पोर्ट्स अथवा इंचार्ज खेल कूद विश्वविद्यालय में उपलब्ध रिकार्ड के आधार पर दिया गया है।</p> <p>स्थान हस्ताक्षर दिनांक नाम पद संस्था का नाम मुहर</p> <p>नोट : यह प्रमाण-पत्र विश्वविद्यालय के डीन ऑफ स्पोर्ट्स या इंचार्ज खेल-कूद द्वारा व्यक्तिगत रूप से किये गये हस्ताक्षर होने पर ही मान्य होगा।</p> <p style="text-align: center;">प्रारूप - 4</p> <p>(मान्यता प्राप्त क्रीड़ा/खेल में अपने स्कूल की ओर से राष्ट्रीय खेल-कूद में भाग लेने वाले खिलाड़ी के लिये)</p> <p>डाइरेक्ट्रेट ऑफ पब्लिक इन्सट्रक्शन्स/निदेशक, शिक्षा, उत्तर प्रदेश राज्य स्तर की सेवाओं/पदों पर नियुक्ति के लिए कुशल खिलाड़ियों के लिए प्रमाण-पत्र प्रमाणित किया जाता है कि श्री/ श्रीमती/ कुमारी आत्मज/पत्नी/ आत्मजा श्री निवासी (पूरा पता) में स्कूल में कक्षा के विद्यार्थी ने दिनांक से दिनांक तक (स्थान का नाम) में आयोजित स्कूलों के नेशनल गेम्स की (क्रीड़ा/खेल-कूद का नाम) प्रतियोगिता/टूर्नामेंट में स्कूल की ओर से भाग लिया। उनके टीम के द्वारा उक्त प्रतियोगिता/टूर्नामेंट में स्थान प्राप्त किया गया। यह प्रमाण-पत्र डाइरेक्ट्रेट ऑफ पब्लिक इन्सट्रक्शन्स/शिक्षा में उपलब्ध रिकार्ड के आधार पर दिया गया है।</p> <p>स्थान हस्ताक्षर दिनांक नाम पद संस्था का नाम मुहर</p> <p>नोट : यह प्रमाण-पत्र निदेशक/या अतिरिक्त/संयुक्त या उपनिदेशक डाइरेक्ट्रेट ऑफ पब्लिक इन्सट्रक्शन्स/शिक्षा द्वारा व्यक्तिगत रूप से हस्ताक्षर होने पर मान्य होगा।</p> <p style="text-align: center;">परिशिष्ट-2</p> <p>प्रशासनिक सुधार विभाग, उ0प्र0 के अन्तर्गत निरीक्षक-राजकीय कार्यालय पद हेतु अनुभव प्रमाण-पत्र का प्रारूप।</p> <p style="text-align: center;">अनुभव प्रमाण-पत्र</p> <p>प्रमाणित किया जाता है कि श्री पुत्र/पुत्री/पत्नी वर्तमान पदनाम कार्यालय में दिनांक से आज दिनांक तक वर्षों से निरन्तर शासकीय सेवा में मौलिक रूप से कार्यरत हैं। दिनांक से दिनांक तक इनके द्वारा धारित पद एवं सेवा विशुद्ध रूप से राजकीय एवं लिपिकीय है। श्री कार्यालय के मौलिक एवं स्थायी कर्मचारी हैं तथा वर्तमान वेतन मैट्रिक्स लेवल पर कार्यरत हैं।</p> <p style="text-align: center;">सक्षम प्राधिकारी के हस्ताक्षर। (पदनाम मुहर सहित)</p> <p style="text-align: right;">सचिव</p>
S. N.	Disability	Affected part of body	Diagnosis	Permanent physical impairment/ mental disability (in%)																																																																																																							
1.	Locomotor disability	@																																																																																																									
2.	Muscular Dystrophy																																																																																																										
3.	Leprosy cured																																																																																																										
4.	Cerebral Palsy																																																																																																										
5.	Acid attack Victim																																																																																																										
6.	Low Vision	#																																																																																																									
7.	Deaf	£																																																																																																									
8.	Hard of Hearing	£																																																																																																									
9.	Speech and Language disability																																																																																																										
10.	Intellectual Disability																																																																																																										
11.	Specific Learning Disability																																																																																																										
12.	Autism Spectrum Disorder																																																																																																										
13.	Mental illness																																																																																																										
14.	Chronic Neurological Conditions																																																																																																										
15.	Multiple sclerosis																																																																																																										
16.	Parkinson's disease																																																																																																										
17.	Haemophilia																																																																																																										
18.	Thalassemia																																																																																																										
19.	Sickle Cell disease																																																																																																										
<p>Name and Seal of Member</p>	<p>Name and Seal of Member</p>	<p>Name and Seal of the Chairperson</p>																																																																																																									
<p>Signature/thumb impression of the person in whose favour certificate of disability is issued</p>	<p>Countersigned by the Chief Medical Officer (with seal)</p>																																																																																																										
<p>कुशल खिलाड़ियों के लिये प्रमाण-पत्र जो उ.प्र. के मूल निवासी हैं शासनादेश संख्या-22/21/1983-कार्मिक-2 दिनांक 28 नवम्बर, 1985 प्रमाण-पत्र के फार्म - 1 से 4 प्रारूप -1 (मान्यता प्राप्त क्रीड़ा/खेल में अपने देश की ओर से अन्तर्राष्ट्रीय प्रतियोगिता में</p>	<p>सचिव</p>																																																																																																										