**अनुलग्नक-II**

**आयु में छूट का दावा करने के लिए विभागीय उम्मीदवारों और कर्मचारियों द्वारा प्रस्तुत किया जाने वाला प्रमाण पत्र का प्रारूप**

**(संस्था/जारीकर्ता प्राधिकारी का पत्र शीर्ष)**

**सं…………… तारीख:** [दिन/माह/वर्ष]

**विज्ञापन संख्या के लिए आवेदन करने हेतु आयु में छूट का दावा करने हेतु प्रमाण पत्र**

यह प्रमाणित किया जाता है कि डॉ./श्री/सुश्री पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री ………………………….. (संस्थान का नाम) ............के नियमित रूप से नियुक्त कर्मचारी हैं तथा अवधि(ओं) के दौरान उनके द्वारा किए गए कर्तव्य निम्नानुसार हैं:

* 1. ……………………………………………..
	2. ……………………………………………..
	3. ……………………………………………..

प्रमाणित किया जाता है कि :

\*(क) डॉ./श्री/सुश्री ..................................................................(संस्थान का नाम)....................... में ..................................से .........................तक मूलतः ..................................का स्थायी पद धारण करते हैं।

 या

\*(ख) डॉ./श्री/सुश्री .................................. (संस्थान का नाम) में ......................... के पद पर .................. से .................. तक अस्थायी सेवा में नियमित रूप से कार्यरत रहे हैं।

*\* जो लागू न हो उसे काट दें .*

**स्थान: ........................**

**[संस्थान का नाम],**

[जारीकर्ता प्राधिकारी के हस्ताक्षर]

 [जारीकर्ता प्राधिकारी का नाम]

[जारीकर्ता प्राधिकारी का पदनाम]

[आधिकारिक मुहर/स्टाम्प]

**Annexure-II**

# THE FORM OF CERTIFICATE TO BE PRODUCED BY DEPARTMENTAL CANDIDATES EMPLOYEES FOR CLAIMING AGE CONCESSION

**(Letter Head of the Institution/Issuing Authority)**

**No. …………… Date:** [DD/MM/YYYY]

# CERTIFICATE FOR CLAIMING AGE CONCESSION FOR APPLYING AGAINST ADVERTISEMENT NUMBER

This is to certify that Dr./Mr./Ms

So/Do/Wo Shri……………………………… is a regularly appointed employee of

……………..…………………….. (Name of the Institute) and duties performed by him/her during the period(s) are as under:

* 1. ………………………………………………………..
	2. ………………………………………………………..
	3. ………………………………………………………..

Certified that:

\*(a) Dr./Mr./Ms. ......................................................................holds substantively a permanent post of ................................in the…………………………(Name of the Institute) with effect from ..........................to .........................

OR

\*(b) Dr./Mr./Ms has been continuously in temporary service on a regular basis in the post of ........................... at ……………………….. (Name of the Institute) with effect from ............... to ..................

*\* Strike out which is not applicable.*

**Place: ........................**

**For [Name of the Institute],**

[Signature of Issuing Authority]

[Name of Issuing Authority]

[Designation of Issuing Authority]

[Official Seal/Stamp]