**नामांकन प्रपत्र**

**NOMINATION FORM**

**\* सभी फ़ील्ड अनिवार्य हैं। कृपया किसी भी फ़ील्ड को न छोड़ें।**

**\*All the fields are mandatory. Please do not omit any field.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| क्रमांक/**SR.****NO.** | ब्यौरा/ **DETAILS** |  | जानकारी/ **INFORMATION** |
| 1. | संस्था का नाम/ **Name of the Institution**  | **:** |  |
| 2. | संस्थान का जीएसटी नंबर/ **GST Number of the institute** | **:** |  |
| 3. | बैंक / संस्था समूह**/ Bank / Institution Group** (ब्रोशर/एएल के अनुसार)/ (as per brochure/AL) | **:** |  |
| 4. | शाखा का नाम और पता/ **Branch Name and Address** | **:** |  |
| 5. | शाखा का संपर्क नंबर/ **Contact Number of Branch** | **:** |  |
| 6. | संस्थान का ईमेल**/ Email address of Institute** | **:** |  |
| 7. | संपर्क व्यक्ति का विवरण**/ Details of Contact Person:** |
| i. | नाम/ Name | **:** |  |
| ii. | पिन कोड के साथ पूरा पता/ Full Address with Pin Code | **:** |  |
| iii. | मोबाइल नं./ लैंडलाइन नं./ Mobile No. / Landline No. | **:** |  |
| iv. | ईमेल/ Email Address | **:** |  |
| 8. | **कार्यक्रम का नाम/ Name of the Programme** | **:** |  |
| 9. | **कार्यक्रम की तिथि/ Dates of the Programme** | **:** |  |
| 10. | **कार्यक्रम की अवधि/Duration of the Programme** | **:** |  |
| 11. | **नामित अधिकारी का विवरण/ Details of Nominated Officer** |
| i. | नाम/ Name | **:** |  |
| ii. | लिंग /उम्र/ Gender / Age | **:** | लिंग /Gender: |  | उम्र/Age: |  |
| iii. | पदनाम/ Designation | **:** |  |
| iv. | मोबाइल नं/ Mobile No  | **:** |  |
| v | ईमेल/ Email address | **:** |  |
| vi | दिव्यांग व्यक्ति (पीडब्ल्यूडी)/Persons with disability (PWD) **(हाँ/नहीं)/(Yes /No)** | **:** |  |
| 12. | **कार्य अनुभव/ Work Experience** |
| i. | वर्तमान नौकरी विवरण/ Present Job Description | **:** |  |
| ii. | संबंधित क्षेत्र में अनुभव/ Experience in relevant field | **:** | वर्ष/ Years : |  | महीने/Months: |  |
| iii. | क्या अधिकारी ने सीएबी, पुणे  या किसी अन्य संस्थान में इसी तरह के कार्यक्रम में भाग लिया है?/ Whether Officer has attended similar programme in CAB, Pune or any other Institution? **(हाँ/नहीं)/ ( Yes / No )** | **:** |  |
| 13. | **घोषणा पत्र के अनुसार लागू शुल्क का विवरण : / Details of Fees Applicable as per the Announcement Letter:** |
| i. | कृपया निर्दिष्ट करें कि क्या आपको आवासीय सुविधा की आवश्यकता है **(हां/नहीं)** (***इन-कैंपस कार्यक्रम के लिए लागू***)/ Please specify if you need Residential Facility **(Yes / No)** (***Applicable for in-campus prog***.) | **:** |  |
| ii. | राशि ₹ में/ Amount in ₹. | **:** |  |
| 14. | **कृपया शुल्क वापसी के लिए बैंक विवरण प्रदान करें****(कार्यक्रम के स्थगन/रद्द होने के मामले में)/ Please provide the Bank details for refund of fees (In case of postponement / cancellation of programme)** |
| i. | खाता संख्या (जिसमें राशि वापस की जानी है)/ Account Number (to which amount to be refunded) | **:** |  |
| ii. | आईएफएससी कोड/ IFSC Code  | **:** |  |
| iii. | खाता नाम/ Account Name (to whom this account belongs) | **:** |  |
| iv. | बैंक का नाम जिसमें यह खाता है/ Name of the Bank in which this account is operating | **:** |  |
| v. | शाखा का नाम और पता जिसमें यह खाता है/ Branch Name and Address in which this account is operating | **:** |  |
| vi. | खाताधारक का नाम / मोबाइल नंबर/ Contact Name / Mobile No. of the account holder | **:** |  |

 **बैंक/संस्था के हस्ताक्षर/मुद्रांक**

 **Signature/Stamp of Bank/Institutions**

**प्रतिभागी द्वारा भरा जाने वाला फॉर्म/ Form to be filled up by the participant**

**स्वास्थ्य स्थिति रिपोर्ट/ Health Status Report (HSR)**

**(*इन-कैंपस कार्यक्रम के लिए लागू*) (Applicable for In-campus Programmes)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| संख्या/**NO.** | ब्यौरा**/ DETAILS** |  | **जानकारी/ INFORMATION** |
| 1. | प्रतिभागी का नाम:श्री/श्रीमती/कुम/सुश्री/Name of the participant: Shri/ Smt / Kum / Ms | **:** |  |
| 2. | जन्म तिथि/ Date of Birth  | **:** |  |
| 3. | ब्लड ग्रुप/ Blood Group  | **:** |  |
| 4. | चिकित्सा इतिहास © - यदि कोई बीमारी हो जैसे मधुमेह, उच्च रक्तचाप, धमनियों की रुकावट, तपेदिक आदि/ Medical History © - ailment if any such as Diabetes, hypertension, Blockages of arteries, Tuberculosis etc. | **:** |  |
| 5. | हृदय रोग, मधुमेह या किसी अन्य बड़ी सर्जरी के लिए पिछले दो महीनों के दौरान अस्पताल में भर्ती होने का विवरण, यदि कोई हो/ Details of hospitalization if any during last two months for heart ailment, diabetes or any other major surgery  | **:** |  |
| 6. | आपात स्थिति में संपर्क नंबर/ Contact No in case of emergency  | **:** |  |

1. यदि नामित अधिकारी को हृदय रोग, उच्च रक्तचाप, मधुमेह आदि जैसी कोई चिकित्सा बीमारी है उसे अपने साथ वैध पर्चे ले जाना चाहिए / Nominee officer should carry with him valid prescription if he/she is having any medical ailment like heart disease, hypertension, diabetic etc.
2. नामित अधिकारी के पास कार्यक्रम की अवधि के लिए लंबे समय तक चलने के लिए दवाओं का पर्याप्त स्टॉक होना चाहिए/ Nominee officer should have adequate stock of medicines to last long for the duration of the programme

**कृपया ध्यान दें/ Please Note :**

**इस जानकारी को सीएबी के साथ साझा करने की आवश्यकता है ताकि जरूरत पड़ने पर सीएबी किसी भी चिकित्सा आपात स्थिति से निपटने में सक्षम हो सके / This information needs to be shared with CAB to enable CAB to deal with any medical emergency / in case of need**

**\* स्पष्ट घोषणा का पालन किए बिना नामांकन स्वीकार नहीं किया जाएगा/ The nomination will not be accepted without following explicit declaration.**

**घोषणा/ Undertaking:**

मैं एतद्द्वारा वचन देता हूं कि चिकित्सा आपातकाल के मामले में, चिकित्सा व्यय नामित अधिकारी या प्रायोजक संगठन द्वारा किया जाएगा/ I hereby undertake that in case of medical emergency, medical expenditure will be borne by the Nominee officer or the sponsoring organization.

**(सहभागी के हस्ताक्षर)**

**(Signature of the participant)**