

प्रारूप-1
(भाग दो)

विकलांगता प्रमाण पत्र

मैंने श्री/श्रीमती/कुमारी को जो श्री
.....का/की/पुत्र/पुत्री/पत्नी/विधवा है और जो ग्राम/
नगर तहसील जिलाका/की निवासी
है, का स्वास्थ्य परीक्षण तारीख को किया है ।

मैं एतद् द्वारा यह प्रमाणित करता/करती हूँ कि श्री/श्रीमती/कुमारी
.....(उपर्युक्त आवेदक) जिसके हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान नीचे प्रमाणित
है । वह शिथिलांग/दृष्टिहीन/मूक/बधिर/निःशक्त है ।

(चिकित्सक का पूरा नाम लिखा जावे)

आवेदक के हस्ताक्षर

निशानी अंगूठा

पद _____

अभिप्रमाणित

नाम _____

चिकित्सक के हस्ताक्षर
पद की सील सहित

राज्य शासन/स्थानीय निकाय
के चिकित्सा अधिकारी के पद की सील सहित

स्थान _____

दिनांक _____