

**राष्ट्रीय आयुर्वेद विद्यापीठ, नई दिल्ली**  
**संविदात्मक आधार पर आवेदन पत्र**

1. आवेदित पद का नाम: .....
2. आवेदक का नाम (बड़े अक्षरों में): \_\_\_\_\_
3. पिता/पति का नाम: \_\_\_\_\_
4. लिंग: (पुरुष/महिला): \_\_\_\_\_
5. जन्म तिथि: \_\_\_\_\_
6. उम्र (20.05.2025 तक): \_\_\_\_\_ वर्ष \_\_\_\_\_ माह
7. राष्ट्रीयता: \_\_\_\_\_
8. पत्राचार का पता: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. स्थायी पता: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. ई-मेल: \_\_\_\_\_
11. टेलीफोन/मोबाइल नं.: \_\_\_\_\_
12. आधार नं.: \_\_\_\_\_
13. शैक्षणिक योग्यता:

विधिवत स्वप्रमाणित  
पासपोर्ट आकार का  
फोटो चिपकाएं

क्र.सं.	डिग्री/डिप्लोमा	महाविद्यालय/विश्वविद्यालय का नाम	विश्वविद्यालय/उत्तीर्ण होने का वर्ष

(कृपया स्वप्रमातिणत प्रमाण पत्र की प्रति संलग्न करें):-

14. व्यावसायिक अनुभव:

क्र.सं.	संस्था का नाम	पद पर आसीन (रिवर्स कालानुक्रमिक क्रम में)	सेवा अवधि	
			कब से	कब तक

(कृपया स्वप्रमातिणत प्रमाण पत्र की प्रति संलग्न करें):-

15. अंतिम आहरित वेतन/परिलब्धियां: \_\_\_\_\_

16. दो संदर्भ: (I) \_\_\_\_\_

(II) \_\_\_\_\_

17. मैं सत्यनिष्ठा से यह पुष्टि करता/ करती हूं कि उपरोक्त घोषणा सत्य है और मैं समझता/ समझती हूं कि मेरी नियुक्ति के बाद घोषणा के गलत पाए जाने की स्थिति में, मुझे सेवा से बर्खास्त किया जा सकता है।

दिनांक: \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

**RASHTRIYA AYURVEDA VIDYAPEETH, NEW DELHI**  
**APPLICATION FORM FOR THE POST ON CONTRACTUAL BASIS**

1. Post applied for: .....
2. Name of applicant (in the Block Letters): \_\_\_\_\_
3. Father's/Husband's Name: \_\_\_\_\_
4. Gender : (Male/Female) \_\_\_\_\_
5. Date of Birth : \_\_\_\_\_
6. Age as on (**20-05-2025**) \_\_\_\_\_ Years \_\_\_\_\_ Months
7. Nationality : \_\_\_\_\_
8. Correspondence Address :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Affix passport  
size photo duly  
self-attested

9. Permanent Address :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. E-mail : \_\_\_\_\_
11. Telephone/Mobile No. : \_\_\_\_\_
12. Aadhar Card No.: \_\_\_\_\_
13. Educational Qualification :

S.No.	Degree/Diploma	College/University Name	University/Year of passing

(Please attach a copy of self-attested certificate): -

14. Professional Experience (if any):

S.No.	Name of Organization	Position Held (in reverse chronological order)	Period of Service	
			From	To

(Please attach a copy of self-attested certificate): -

15. Last Pay drawn/Emoluments: \_\_\_\_\_

16. Two references (I) \_\_\_\_\_

(II) \_\_\_\_\_

17. I solemnly affirm that the above declaration is true and I understand that in the vent of the declaration being found to be incorrect after my appointment, I shall be liable to be dismissed from service.

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_