DIED IN HARNESS CERTIFICATE

प्रमाणित किया जाता है कि कुमार / कुमारी…….. स्वर्गीय श्री / श्रीमती ……. के पुत्र /पुत्री हैं जो …… …….. (कार्यालय / विभाग) में नियमित रूप से सेवारत थे / थीं और उनका देहावसान सेवाकाल की अवधि में दिनांक ……..को हो गया था।

Certified that Master/Miss …….. Is the son.daughter of Late Sr./Smt. …….. Who was regular employee of …… (Office/Department) and he/she died in harness (while in service) on ……(date).

कार्यालय अध्यक्ष के हस्ताक्षर
(नाम, पद और कार्यालय की मोहर सहित)
Signature oh Head of the Office
(With Name, Designation and Office Stamp)

स्थान/Place……..
दिनांक/Date……..
कार्यालय का पूर्ण पता औरदूरभाष संख्या/ Complete address and Telephone No. of office
…….

Self Declaration for distance between school and residence

I ..... father/mother of .....
bearing Application Submission Code .....declare
that the radial distance between school and our residence
is .....km.

Date:..... Signature of the parent

सेवा प्रमाणपत्र / Service Certificate

(केन्द्रीय सरकार / Central Govt.)

प्रमाणित है कि श्री / श्रीमती ..... कार्यालय / मंत्रालय में नियमित कर्मचारी के रूप में कार्यरत हैं। वे रक्षा सेवा / केंद्रीय रिज़र्व पुलिस बल / सीमा सुरक्षा बल / एन.एस.जी. / एस.पी.जी / सी.आई.एस.एफ. / केंद्रीय सरकार स्वायित्त संस्था अथवा सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रम, जो पूर्ण या आंशिक रूप से केंद्र सरकार से वित्त-पोषित हैं , के नियमित कर्मचारी हैं तथा उनकी सेवा अस्थानांतरणीय है / पूर्ण भारत में कहीं भी स्थानांतरणीय है।

Certified that Shri/Smt. ……. is working as regular employee in the Office / Ministry of …….. . He/She is an employee of Defence Service / CRPF / BSF / NSG / SPG / CISF / Central Govt. / Autonomous Body / Public Sector Undertaking fully financed / partially finance by the Central Govt. and his / her services are non-transferable / transferable anywhere in India.

कार्यालय अध्यक्ष के हस्ताक्षर
(नाम, पद और कार्यालय की मोहर सहित)
Signature of head of the Office
(With Name, Designation and Office Stamp)

स्थान/Place……..
दिनांक/Date……..
कार्यालय का पूर्ण पता औरदूरभाष संख्या/ Complete address and Telephone No. of office
…….

Service Certificate

(राज्य सरकार / State Govt.)

प्रमाणित है कि श्री / श्रीमती ..... कार्यालय / मंत्रालय में नियमित कर्मचारी के रूप में कार्यरत हैं तथा उनकी सेवा अस्थानांतरणीय है / पूर्ण राज्य में कहीं भी स्थानांतरणीय है।

Certified that Shri/Smt. ……. is working in the Office / Ministry of …….. and his / her services are non-transferable / transferable anywhere in State.

कार्यालय अध्यक्ष के हस्ताक्षर
(नाम, पद और कार्यालय की मोहर सहित)
Signature of head of the Office
(With Name, Designation and Office Stamp)

स्थान/Place……..
दिनांक/Date……..
कार्यालय का पूर्ण पता औरदूरभाष संख्या/ Complete address and Telephone No. of office
…….

स्थानांतरण संख्या प्रमाण पत्र / CERTIFICATE OF NUMBER OF TRANSFERES

मैं.....नाम.....(रैंक/पदनाम).....(कार्यालय), एतद द्वारा प्रमाणित करता/करती/ हूँ कि पिछले सात साल (01.04.2019 से अब तक) में एक स्थान से दूसरे स्थान पर मेरे .....(अंकों व शब्दों में) स्थानांतरण हुए जिनका विवरण नीचे दिया गया है।

I,……(Name)……(rank/designation) of……(office), do hereby that during the past 7 years (from 01.04.2019 onward) I have been transferred……. Times (in figures & in words) from one station to another, the details of which are given as under :-

स्थान से/ Office/ Unit and Place	अवधि दिनांक से/ Date of joining the Office/ Unit	अवधि दिनांक तक / Date of release from the Office/Unit	ठहरने की अवधि /Period of Stay (in months)	स्थान तक/ Transferred Office/ Unit and Place	दूरी (किमी)/Distance between the two Office (in km)	स्थानांतरण आदेश संख्या/Transfer Order No.

मैं जनता/जानती हूँ कि यदि उपरोक्त तथ्य गलत पाए गए तो मेरा बच्चा केन्द्रीय विद्यालय में प्रवेश के लिए अयोग्य हो जाएगा।

I know that if the above mentioned facts are found incorrect, my child will be disqualified for admission in Kendriya Vidyalaya

स्थान/ Place……

दिनांक/ Date……

माता /पिता के हस्ताक्षर

Signature of Parent

प्रतिहस्ताक्षर/ Countersignature

मैं.....नाम.....(रैंक/पदनाम).....(कार्यालय), एतद द्वारा प्रमाणित करता/ करती हूँ कि उपरोक्त विषय विवरण को कार्यालय- आलेखों से जांच लिया गया है व सही पाया गया है।

I,……(Name)……(rank/designation)of……(unit/department) hereby certify that the particulars given in above have been authenticated by the records held in the office and found correct.

स्थान/Place.....

दिनांक/Date .....

सक्षम अधिकारी के हस्ताक्षर

(नाम, पद और कार्यालय की मोहर सहित)

Signature of Competent Authority

(with Name, Designation and Office Stamp)

कार्यालय का पूर्ण पता एवं दूरभाष संख्या……..

Complete Address and Telephone No. of Office……

टिप्पणी/ Note:

1. स्थान पर ठहरने की अवधि कम से कम छह मास होनी चाहिए।
1. Minimum period of posting/stay at a place should be minimum six months.