

ਅਧੀਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਚੋਣ ਬੋਰਡ, ਪੰਜਾਬ
ਵਣ ਭਵਨ, ਸੈਕਟਰ-68, ਐਸ.ਏ.ਐਸ. ਨਗਰ

ਜਨਤਕ ਨੋਟਿਸ

ਅਧੀਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਚੋਣ ਬੋਰਡ, ਪੰਜਾਬ ਵੱਲੋਂ ਇਸ਼ਤਿਹਾਰ ਨੰ.08 ਆਫ 2025 ਰਾਹੀਂ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਗਰੁੱਪ-ਡੀ ਦੀਆਂ ਅਸਾਮੀਆਂ ਦੀ ਸਿੱਧੀ ਭਰਤੀ ਦੀ ਲਿਖਤੀ ਪ੍ਰੀਖਿਆ ਮਿਤੀ 05.04.2026 ਨੂੰ ਲਈ ਜਾਣੀ ਹੈ। ਦਿਵਿਆਂਗਜਨ (Physical Handicapped) ਦੀ ਕੈਟਾਗਰੀ ਵਿੱਚ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮਿਤੀ 05.04.2026 ਨੂੰ ਲਈ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਲਿਖਤੀ ਪ੍ਰੀਖਿਆ ਵਿੱਚ ਸਿਰਫ ਉਨ੍ਹਾਂ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਨੂੰ ਹੀ Scribe ਲੈਣ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇਗੀ, ਜਿਹੜੇ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਵੱਲੋਂ ਆਪਣੀ ਪ੍ਰਤੀਬੇਨਤੀ Government of India, Ministry of Social Justice & Empowerment, Department of Empowerment of Persons with Disabilities (Divyangjan), F.No 34-02/2015-DD-III dated 29-Aug-2018 ਵਿੱਚ ਦਰਜ ਹਦਾਇਤਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਪ੍ਰੋਫਾਰਮੇ (Annexure-A) (ਸਮਰੱਥ ਅਧਿਕਾਰੀ ਵੱਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ) ਅਤੇ Annexure-B (Scribe ਦੀ ਵਿਦਿਅਕ ਯੋਗਤਾ ਸਬੰਧੀ Undertaking) ਨੂੰ Annexure- 'C' (ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ) ਅਨੁਸਾਰ ਹਰ ਪੱਖੇ ਮੁਕੰਮਲ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਮਿਤੀ 20.03.2026 ਤੱਕ ਬੋਰਡ ਦੇ ਦਫਤਰ ਵਿਖੇ ਦੱਸਤੀ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਇਸ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਈਆਂ ਪ੍ਰਤੀਬੇਨਤੀਆਂ ਤੇ ਕੋਈ ਵਿਚਾਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਪ੍ਰੀਖਿਆ ਕੇਂਦਰ ਵਿੱਚ ਸਿੱਧੇ ਤੌਰ ਤੇ Scribe ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਨੂੰ ਅਜਿਹੀ ਕੋਈ ਸਹੂਲਤ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

2.0 ਉਕਤ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਇਹ ਸਪੱਸ਼ਟ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ Scribe ਲੈਣ ਸਬੰਧੀ ਪ੍ਰਤੀ ਬੇਨਤੀ ਵਿੱਚ ਦਰਜ ਤੱਥ ਅਤੇ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਿਚੋਂ ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਤੱਥ/ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਟੇਜ ਤੇ ਗਲਤ ਪਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਉਮੀਦਵਾਰ ਦੀ ਪਾਤਰਤਾ ਰੱਦ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਦੋਵੇਂ ਵਿਅਕਤੀਆਂ (ਉਮੀਦਵਾਰ ਅਤੇ Scribe) ਵਿਰੁੱਧ ਬਣਦੀ ਕਾਨੂੰਨੀ ਕਾਰਵਾਈ ਆਰੰਭੀ ਜਾਵੇਗੀ।

ਮਿਤੀ: 16.03.2026

ਸਥਾਨ: ਐਸ.ਏ.ਐਸ. ਨਗਰ।

ਸਹੀ/-

ਸਕੱਤਰ

ਅਧੀਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਚੋਣ ਬੋਰਡ, ਪੰਜਾਬ।

Certificate regarding physical limitation in an examinee to write

This is to certify that. I have examined Mr/Ms/Mrs -----
----- (name of the candidate with disability), a person with -----
----- (nature and percentage of disability as mentioned in the certificate of disability),
S/o/D/o ----- a resident of -----
(Village/ District/State)-----

and to state that he/she has physical limitation which hampers his/her writing capabilities owing to his/her disability.

Signature
Chief Medical Officer/ Civil Surgeon/ Medical
Superintendent of a Government Health Care Institution

Name & Designation.
Name of Government Hospital/ Health Care Centre with Seal

Place:

Date:

Note: Certificate should be given by a specialist of the relevant stream/ disability (eg, Visual impairment - Ophthalmologist, Locomotor disability - Prthopaedic specialist/ PMR).

Letter of Undertaking for Using Own Scribe

I----- a candidate with ----- (name of the disability) appearing for the examination bearing Roll No.----- at----- (name of the centre) in the District _____ (name of the State). -----

My qualification is -----.

I do hereby state that ----- {name of the scribe} will provide the service of scribe/ reader for the undersigned for taking the aforesaid examination.

I do hereby undertake that his qualification is ----- . In case, subsequently it is found that his qualification is not as declared by the undersigned and is beyond my qualification, I shall forfeit my right to the post and claims relating thereto.

(Signature of the candidate with Disability)

Place:

Date:

Annexure-C

ਉਮੀਦਵਾਰ ਵੱਲੋਂ ਆਪਣੀ ਪ੍ਰਤੀਬੇਨਤੀ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ।

1. Scribe ਲੈਣ ਸਬੰਧੀ ਪ੍ਰਤੀਬੇਨਤੀ।
2. Annexure-A ਅਨੁਸਾਰ ਸਮਰੱਥ ਅਧਿਕਾਰੀ ਵੱਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਹੋਇਆ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ।
3. ਸਮਰੱਥ ਅਧਿਕਾਰੀ ਵੱਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਹੋਇਆ Disability Certificate.
4. Annexure-B ਅਨੁਸਾਰ ਉਮੀਦਵਾਰ ਵੱਲੋਂ Undertaking.
5. Scribe ਦੀ ਜਨਮ ਮਿਤੀ ਦੇ ਸਬੂਤ ਵਜੋਂ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਦੀ ਕਾਪੀ।
6. Scribe ਦੀ ਵਿਦਿਅਕ ਯੋਗਤਾ ਦੇ ਸਬੂਤ ਵਜੋਂ ਆਖਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਵਿਦਿਅਕ ਯੋਗਤਾ ਸਬੰਧੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼।
7. Scribe ਦਾ ਸਨਾਖਤੀ ਸਬੂਤ ਵਜੋਂ ਅਧਾਰ ਕਾਰਡ/ਪੈਨ ਕਾਰਡ/ਡਰਾਇਵਿੰਗ ਲਾਇਸੰਸ ਆਦਿ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਇਕ ਦੀ ਕਾਪੀ।
8. ਉਮੀਦਵਾਰ ਵੱਲੋਂ ਗਰੁੱਪ-ਡੀ ਦੀ ਅਸਾਮੀ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕੀਤੇ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮ ਦੀ ਕਾਪੀ।