



# गुजरात केन्द्रीय विश्वविद्यालय

(भारत की संसद के अधिनियम सं. 25, 2009 के तहत स्थापित)

## CENTRAL UNIVERSITY OF GUJARAT

(Established by an Act of Parliament of India, No 25 of 2009)

### व्यक्तिगत विवरण

#### PERSONAL DETAILS

(विवरण केवल बड़े अक्षरों में भरें और जहाँ लागू हो वहाँ ✓ से चिन्हित करें)

(Fill the details in block letters only, and mark ✓ wherever applicable)

नाम <b>Name:</b>			
लिंग <b>Gender:</b>	पुरुष/Male <input type="checkbox"/> महिला/Female <input type="checkbox"/> समलैंगिक/Transgender <input type="checkbox"/>	रक्त समूह/ <b>Blood Group:</b>	
आधार संख्या <b>Aadhaar No.:</b>	_____		
पैन संख्या <b>PAN No.:</b>	_____		
जन्मतिथि <b>Date of Birth:</b>	___ / ___ / _____ (DD/MM/YYYY)		
कार्यग्रहण की तिथि <b>Date of Joining:</b>	___ / ___ / _____ (DD/MM/YYYY) <input type="checkbox"/> पूर्वाह्न/Forenoon <input type="checkbox"/> अपराह्न/Afternoon		
पदनाम <b>Designation:</b>			
केंद्र <b>Centre:</b>			
संस्थान <b>School:</b>			
धर्म <b>Religion:</b>	हिंदू/Hindu <input type="checkbox"/> मुसलमान/Muslim <input type="checkbox"/> ईसाई/Christian <input type="checkbox"/> जैन/Jainism <input type="checkbox"/> बौद्ध/Buddhism <input type="checkbox"/> सिख/Sikhism <input type="checkbox"/> अन्य/Other <input type="checkbox"/>		
वर्ग <b>Category:</b>	अ.जा./SC <input type="checkbox"/> अ.ज.जा./ST <input type="checkbox"/> अ.पि.व /OBC <input type="checkbox"/> आ.क.व /EWS <input type="checkbox"/> सामान्य/GEN <input type="checkbox"/> दिव्यांग/PwBD <input type="checkbox"/> पूर्व सैनिक/ Ex-Servicemen <input type="checkbox"/>		
मोबाईल नं <b>Mobile No.:</b>	1) _____	2) _____	
ईमेल आईडी <b>Email ID:</b>			
पत्राचार के लिए पता <b>Correspondence Address:</b>			



गुजरात केन्द्रीय विश्वविद्यालय  
CENTRAL UNIVERSITY OF GUJARAT

# गुजरात केन्द्रीय विश्वविद्यालय

(भारत की संसद के अधिनियम सं. 25, 2009 के तहत स्थापित)

## CENTRAL UNIVERSITY OF GUJARAT

(Established by an Act of Parliament of India, No 25 of 2009)

स्थायी पता <b>Permanent Address:</b>		
आपात संपर्क <b>Emergency Contacts:</b>	नाम और कर्मचारी से संबंध <b>Name &amp; Relation with the Employee</b>	मोबाइल नं./ <b>Mobile No.</b>
		-----
		-----

स्थान:

**Place:** \_\_\_\_\_

कर्मचारी के हस्ताक्षर

दिनांक **Date:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ (DD/MM/YYYY)

**Signature of Employee**