

பிற்சேர்க்கை - I

வரைவு செய்தி வெளியீடு

2025-2026 ஆம் கல்வியாண்டிற்க்கான திண்டுக்கல் மாவட்டத்தின் அரசு மருத்துவக் கல்லூரிகளிலுள்ள மருத்துவம் சார்ந்த சான்றிதழ் பாடப்பிரிவுகளில் மாவட்ட அளவிலான சேர்க்கை வாயிலாகவும், அதனைத் தொடர்ந்து முன் விண்ணப்பமில்லா நேரடி சேர்க்கை முறையிலும் நடைபெறும் அனுமதிக்கான விண்ணப்பங்கள் தகுதிவாய்ந்த நபர்களிடமிருந்து வரவேற்கப்படுகின்றன.

1. வழங்கப்படும் சான்றிதழ் பயிற்சிகள்:

வ.எண்	பாடப்பிரிவின் பெயர்
1.	Emergency Care Technician
2.	Dialysis Technician
3.	Anesthesia Technician
4.	Theatre Technician
5.	Orthopeadic Technician
6.	Multi Purpose Hospital Worker (MPHW)

2. காலியிடங்கள்:

இம்மாவட்டத்தில் உள்ள திண்டுக்கல் அரசு மருத்துவக்கல்லூரியில் சான்றிதழ் படிப்புகளுக்கு மொத்தமாக 49 இடங்கள் காலியாக உள்ளன. காலியிடங்கள் தொடர்பான விவரங்கள் <https://gmcdindigul.ac.in/> என்ற வலைதளத்திலும் திண்டுக்கல் அரசு மருத்துவக்கல்லூரியின் அறிவிப்பு பலகையிலும் கிடைக்கப்பெறும்.

S. No.	Name of the Course	Details of Vacancies							
		OC	BC	BCM	MBC DNC	SC	SCA	ST	TOTAL
1.	Emergency Care Technician		3		2	1			6
2.	Dialysis Technician		2		2	1			5
3.	Anesthesia Technician		3		1	2			6
4.	Theatre Technician		3		1	1			5

5.	Orthopaedic Technician	2	2		2	1	1		8
6.	Multi Purpose Hospital Worker (MPHW)	5	6		4	3	1		19
Total		7	19	0	12	9	2	0	49

3. தகுதி:

1.	31.12.2025 அன்று விண்ணப்பத்தாரர் 17 வயதை நிறைவு செய்திருக்க வேண்டும்
2.	தெரிவுக்/தேர்வுக்குழுவால் பரிந்துரைக்கப்பட்டவராக பத்தாம் வகுப்பு/மேல்நிலை பள்ளிப் படிப்பில் தேர்ச்சி பெற்றிருக்க வேண்டும்.
3.	இடஒதுக்கீடு : சேர்க்கையில் மாற்றுத்திறனாளிகளுக்கான 5% இடஒதுக்கீடு உள்ளிட்ட தமிழ்நாடு அரசின் இடஒதுக்கீட்டு நடைமுறை பின்பற்றப்படும்.

4. விண்ணப்பிக்கும் முறை (கட்டணமில்லை):

மாவட்ட ஆட்சியர் அலுவலக உதவி மையத்திலும், திண்டுக்கல் மாவட்ட அரசு மருத்துவக் கல்லூரியின் முதல்வர் / துணை முதல்வர் அலுவலகத்திலும் விண்ணப்பப் படிவங்கள் கட்டணமின்றி வழங்கப்படும். உரிய முறையில் நிரப்பப்பட்ட விண்ணப்பங்கள் 17.09.2025 அன்று அல்லது அதற்கு முன்னர், முதல்வர் / துணை முதல்வர் அலுவலகத்தில் அளிக்கப்பட வேண்டும்.

5. அட்டவணை:

1.	விண்ணப்பங்கள் பெறப்படும் நாள்	08.09.2025 முதல் 12.09.2025 வரை
2.	தகுதிப் பட்டியல் வெளியிடப்படும் நாள்	16.09.2025
3.	பாடப்பிரிவில் சேரும் நாள்	20.09.2025
4.	நேரடி மாணவர் சேர்க்கை நடைபெறும் நாள்(மீதமுள்ள மாணவர் சேர்க்கை இடங்களுக்காக)	20.09.2025 -லிருந்து
5.	முழு மாணவர் சேர்க்கை செயல்முறை நிறைவுபெறும் நாள்	30.09.2025

6.	வகுப்புகள் தொடங்கும் நாள்	06.10.2025
----	---------------------------	------------

6. கலந்தாய்வு நடைபெறும் இடம்:

அரசு மருத்துவக்கல்லூரி, திண்டுக்கல் மாவட்டம்.

7. தேவைப்படும் ஆவணங்கள்:

- 1) மேனிலைப்பள்ளி மற்றும் பத்தாம் வகுப்பு மதிப்பெண் சான்றிதழ்
- 2) மாற்று சான்றிதழ்
- 3) இருப்பிடச் சான்றிதழ் (பொருந்துமாயின்)
- 4) சாதிச் சான்றிதழ்
- 5) வயது சான்று (பிறப்பு/பள்ளிச்சான்றிதழ்)
- 6) மாவட்ட மருத்துவ வாரியத்திடமிருந்து பெறப்பட்ட மாற்றுத்திறனாளி சான்றிதழ் (பொருந்துமாயின்)
- 7) ஆதார் அட்டை அல்லது புகைப்படத்துடன் கூடிய அடையாள அட்டை

8. தெரிவு செய்யும் நடைமுறை பரிந்துரைக்கப்பட்ட விதிகளின்படி முற்றிலும் தகுதி மற்றும் வகுப்புவாரி இடஒதுக்கீட்டின் அடிப்படையில் அமையும். கலந்தாய்வின் போது ஒதுக்கீடு ஆணைகள் அந்த இடத்திலேயே வழங்கப்படும்.

9. சுகாதாரத்துறையில் வேலைவாய்ப்பை அதிகரிக்கும் வகையில் திறன் அடிப்படையிலான சான்றிதழ் பாடப்பிரிவுகளில் பயில்வதற்கு இந்த வாய்ப்பை தகுதியுள்ள மாணவர்கள் பயன்படுத்திக் கொள்ள ஊக்குவிக்கப்படுகிறார்கள்.

10. இந்தப் பாடப்பிரிவுகளில் சேர்க்கப்பட்ட மாணவர்கள், பொருந்தக்கூடிய விதிகளுக்கு உட்பட்டு, "வெற்றி நிச்சயம்" திட்டத்தின் கீழ் உதவித்தொகை பெறத் தகுதியுடையவர்களாக இருக்கலாம்.

11. ஊதவி மைய தொடர்பு: 7708385925, 9994340622 & 8072050881

12. மின்னஞ்சல் முகவரி: dgmch2024@gmail.com

வெளியிடுவோர்:

முதல்வர், அரசு மருத்துவக்கல்லூரி, திண்டுக்கல் மாவட்டம்.

நாள் : 04.09.2025

இடம் : திண்டுக்கல்

இணைப்பு-II

_____மருத்துவக் கல்லூரி_____மாவட்டம்

மருத்துவம் சார்ந்த சான்றிதழ் படிப்புக்கான விண்ணப்பம் (2025-2026)

(அரசு மருத்துவக் கல்லூரி அலுவலகத்தில் சமர்ப்பிக்க வேண்டும்)

1. விண்ணப்பதாரரின் தனிப்பட்ட விவரங்கள்:-

1. விண்ணப்பதாரரின் பெயர்: _____
2. பாலினம்: ☐ ஆண் ☐ பெண் ☐ மூன்றாம் பாலினம்
3. பிறந்த தேதி (DD/MM/YYYY): ____ / ____ / ____
4. 31.12.2025-ன் படி வயது: ____ வருடம் ____ மாதம்
5. தந்தை / தாயார் / காப்பாளர் பெயர்: _____
6. பெற்றோர்/ காப்பாளர் தொழில்: _____
7. வருடாந்திர குடும்ப வருமானம் : ₹ _____
8. தொடர்புகொள்வதற்கான முகவரி: _____

மாவட்டம்: _____ பின்கோடு: _____

கைபேசி எண்: _____

மின்னஞ்சல் முகவரி : _____

2. கல்வி தகுதி:-

1. பயிற்று மொழி: ☐ தமிழ் ☐ ஆங்கிலம் ☐ பிற _____
2. பத்தாம் வகுப்பு தேர்ச்சி பெற்றுள்ளாரா : ☐ ஆம் ☐ இல்லை - தேர்ச்சி பெற்ற ஆண்டு _____
3. பன்னிரெண்டாம் வகுப்பு தேர்ச்சி பெற்றுள்ளாரா : ☐ ஆம் ☐ இல்லை
தேர்ச்சி பெற்ற ஆண்டு _____

பாடம்	மொத்த மதிப்பெண்	பெற்ற மதிப்பெண்	மொத்த மதிப்பெண் (அலுவலர்களால் நிரப்பப்பட வேண்டியது)
இயற்பியல்			
வேதியல்			
தாவரவியல்			
விலங்கியல்			

உயிரியல்			
மொத்த மதிப்பெண்			

3. சாதி / இட ஒதுக்கீடு வகை:-

- ☐ பிற வகுப்பினர் / OC
- ☐ பிற்படுத்தப்பட்ட வகுப்பினர் / BC
- ☐ பிற்படுத்தப்பட்ட வகுப்பினர் (முஸ்லீம்) / BCM
- ☐ மிகவும் பிற்படுத்தப்பட்ட வகுப்பினர் / சீர்மரபினர் /MBC / DNC
- ☐ பட்டியல் வகுப்பினர் / SC
- ☐ பட்டியல் வகுப்பினர் (அருந்தியர்)/ SCA
- ☐ பழங்குடியினர்/ ST

(சான்றொப்பமிட்ட வகுப்புச்சான்றிதழின் நகலை இணைக்கவும்).

4. பிறப்பிடம்

- ☐ தமிழ்நாட்டில் பிறந்தவரா
(பிறப்பிடச் சான்றிதழ் இணைக்கவும்)

5. மாற்றுத்திறனாளி விண்ணப்பதாரா ? ஆம் ☐ இல்லை ☐

6. பாட விருப்ப முன்னுரிமை

விருப்ப வரிசையை பாடங்களுக்கு எதிராக 1, 2, 3... என எழுதி குறிப்பிடவும்.

வ.எண்	பாட பிரிவுகள்	விருப்ப வரிசை எண்
1	கார்டியோ சோனோகிராஃபி டெக்னீஷியன்	
2	ஈசிஜி / டிரெட் மில் டெக்னீஷியன்	
3	பம்ப் டெக்னீஷியன்	
4	கார்டியாக் கேத்தரைசேஷன் லேப் டெக்னீஷியன்	
5	அவசர சிகிச்சை டெக்னீஷியன்	
6	சுவாச சிகிச்சை டெக்னீஷியன்	
7	டயாலிசிஸ் டெக்னீஷியன்	

8	மயக்க மருந்து டெக்னீஷியன்	
9	தியேட்டர் டெக்னீஷியன்	
10	எலும்பியல் டெக்னீஷியன்	
11	EEG / EMG டெக்னீஷியன் (1 வருடம்)	
12	வீட்டு சுகாதார பராமரிப்பு (1 வருடம்)	
13	மனநல ஆதரவு பணியாளர்	
14	பல்நோக்கு மருத்துவமனை பணியாளர்	
15	மருத்துவ பதிவு டெக்னீஷியன்	

7. இணைப்பு (இணைக்கப்பட்ட ஆவணங்களில் (✓) குறியிடவும்)

(நகல் + அசல் சான்றிதழ் சரிபார்ப்பிற்காக)

1. ☐ பத்தாம் வகுப்பு மதிப்பெண் சான்றிதழ்
2. ☐ பன்னிரெண்டாம் வகுப்பு மதிப்பெண் சான்றிதழ்
3. ☐ மாற்றுச் சான்றிதழ்
4. ☐ வகுப்புச் சான்றிதழ்
5. ☐ இருப்பிடச் சான்றிதழ்
6. ☐ ஆதார் அட்டை
7. ☐ மாற்றுத்திறனாளி விண்ணப்பதாரர்களுக்கு மாவட்ட மருத்துவ வாரியத்திடமிருந்து பெறப்பட்ட மாற்றுத்திறனாளி சான்றிதழ் இணைக்கப்பட வேண்டும்.

8. விண்ணப்பதாரரின் உறுதிமொழி

மேலே கொடுக்கப்பட்டுள்ள விவரங்கள் எனக்குத் தெரிந்தவரை உண்மையானவை மற்றும் சரியானவை என்று இதன்மூலம் அறிவிக்கிறேன். வழங்கப்பட்ட ஏதேனும் தகவல் தவறானது எனக் கண்டறியப்பட்டால் எனது விண்ணப்பம் நிராகரிக்கப்படலாம் அல்லது சேர்க்கை ரத்து செய்யப்படலாம் என்பதை நான் நன்கு அறறிவேன் என சான்றளிக்கிறேன்.

விண்ணப்பதாரரின் கையொப்பம்: _____

நாள்: ____ / ____ / 2025

இடம்: _____

ஒப்புகை சீட்டு (விண்ணப்பதாரர்களுக்கு வழங்கப்பட வேண்டும்)

2025–2026 ஆம் ஆண்டுக்கான மருத்துவம் சார்ந்த சான்றிதழ் படிப்புகளில்
சேருவதற்கு _____ (விண்ணப்பதாரர் பெயர்) டமிருந்து
விண்ணப்பம் பெறப்பட்டது.

விண்ணப்ப எண்: _____

நாள்: ____ / ____ / 2025

விண்ணப்பம் பெற்ற அலுவலரின் முத்திரையுடன் கூடிய கையொப்பம்