

कार्यालय जिला एवं सत्र न्यायाधीश (मुख्यालय): दिल्ली

(दृष्टि बाधित विकलांग अभ्यर्थियों, जिनमें 40% या इससे अधिक दृष्टि विकलांगता है, और मस्तिष्क पक्षाघात से पीड़ित अभ्यर्थियों के मामले में प्रलिपिक द्वारा भरा जाने वाला फार्म)

क्रम संख्या	विवरण	
1	अभ्यर्थी का नाम	
2	आवेदन पत्र संख्या	
3	अनुक्रमांक	
4	प्रलिपिक का नाम	
5	प्रलिपिक के माता-पिता का नाम	
6	प्रलिपिक का पता	
7	प्रलिपिक की जन्मतिथि	
8	प्रलिपिक का संपर्क / दूरभाष नंबर	
9	प्रलिपिक की शैक्षणिक योग्यता	
10	प्रलिपिक का पहचान - प्रमाण (आधार कार्ड / पैन कार्ड / डाइविंग लाइसेंस / चुनाव पहचान पत्र / पासपोर्ट) (प्रतिलिपि साथ संलग्न करे)	

(अभ्यर्थी के हस्ताक्षर)

(प्रलिपिक के हस्ताक्षर)

घोषणा

मैं, _____, प्रलिपिक श्री / सुश्री / श्रीमती _____

(प्रलिपिक का नाम)

(अभ्यर्थी का नाम)

यह प्रमाणित करता / करती हूँ कि मेरे द्वारा दी गई उपर्युक्त सूचना सत्य और सही है।

(प्रलिपिक के हस्ताक्षर)