

નમૂળો-૧  
 (જુઓ કેન્દ્રના નિયમ, પ(ર))  
**અરજી સાથે શારીરિક ક્ષમતા માટેનું ડેકલેરેશન**

(૧)	અરજદારનું નામ :	
(૨)	પિતા અથવા પતિનું નામ:	
(૩)	કાયમી સરનામું :	
(૪)	હુંગામી સરનામું (જો હોય તો) કચેરીનું સરનામું :	
(૫)	(અ) જન્મ તારીખ:	
	(બ) અરજીની તારીખ થતી રિમર :	
(૬)	ઓળખ ચિન્હો	(૧) (૨)

**ડેકલેરેશન :**

(અ)	તમે વાઇથી કે એકાએક ચક્કર કે મૂર્છા આવવાના રોગથી પીડાઓ છો?	હા/ના
(બ)	તમે દિવસના સ્પષ્ટ પ્રકાશમાં દરેક આંખથી ચશ્મા પહેરતા હો તો તે સાથે અને જો તમે પાંચ વર્ષ કરતાં વધુ સમયથી લાયસન્સ ધરાવતા હોય અને તમોને એક આંખ ગુમાવેલી હોય તેમજ તમે હળવા વાહન ચલાવવા માટેની અરજી કરેલ હોય તો એક આંખથી રૂપ મીટર દુરની વસ્તુ ચારખી શકો છો ખરા?	હા/ના
(ક)	તમે તમારો એકાદો હાથ અથવા પગ ગુમાવ્યા છો? અથવા હાથ કે પગના હલનચલનમાં નિયંત્રણમાં કે સ્નાયુશક્લિંબ બાબતમાં કોઇ ખામીથી પીડાઓ છો?	હા/ના
(દ)	તમે લાલ કે લીલા રંગનો ભેદ જોતાવેંત પારખી શકો છો ખરા?	હા/ના
(ઘ)	તમને રંતાધળાપણું છે?	હા/ના
(ઝ)	તમને કાનેથી સાંભળવામાં કોઇ ખામી છો? (અને જો અરજી હળવા મોટર વાહન ચલાવવા માટે કરેલ હોય તો સાંભળવા માટેના ચંત્રથી કે તે વિના) સાંભળી શકો છો કે નહિ?	હા/ના
(ગ)	તમે મોટર વાહન હાંકો તેથી લોકોને જોખમ રહે એવા બીજા રોગથી એ અશક્તિથી પીડાઓ છો? જો એમ હોય તો વિગત આપો.	હા/ના

આથી હું જાહેર કરું છું કે, ઉપર આપેલી વિગતો અને તે સાથે કરેલ ડેકલેરેશન મારી સંપૂર્ણ જાણ તથા માન્યતા મુજબ સાચી છે.

અરજદારની સહી અથવા અંગુઠાનું નિશાન

નોંધ : ( ૧ ) ઉપરના પ્રશ્નોમાંના અ.ક્ર.ઇ.ફ. અને ગ.નો ‘હા’માં ઉત્તર આપનાર અને બીજા પ્રશ્નો  
બ અને ડ નો ‘ના’માં જવાબ આપનાર અરજદારે વધુ વિગતો સાથેના સંપૂર્ણ  
જવાબ કરવાનો રહેશે.

( ૨ ) નમૂના ૧/એમાં તબીબી પ્રમાણપત્ર સાથે આ ડેક્લેરેશન અચૂક રજૂ કરવાનું રહેશે.