

भारत सरकार  
GOVERNMENT OF INDIA  
नागर विमानन विभाग  
CIVIL AVIATION DEPARTMENT  
डाक्टरी प्रमाण पत्र  
MEDICAL CERTIFICATE



14-01-2022

मैं, नीचे हस्ताक्षर करने वाला .....  
प्रमाणित करता हूँ कि (1) ..... कि जिनका जन्म स्थान .....  
जन्म तारीख ..... है और जो ..... का अधिवारी है लाइसेंस को  
प्रारम्भिक रूप से जारी करने/नवीयन के लिए डाक्टरी परीक्षा हो चुकी है और उन्हें उड़ान कर्मीदल के सदस्य की हैसियत से नौकरी करने के योग्य/अयोग्य/अस्थायी  
रूप से अयोग्य पाया गया है (2) .....

I, the undersigned ..... DR. A. PRAMANIK  
certify that (1) SATYESWAR NANDA born at JAIPUR TOWN, ODISHA  
he 04-03-1993 domiciled at ODISHA has  
undergone a medical examination for initial issue/renewal of Licence and that he / she has been found fit/unfit/temporarily  
unfit to serve in the capacity of a flight crew member as (2) .....

चिकित्सा अधिकारी की सिफारिशें:

Recommendations of Medical Officer:

इस रिपोर्ट का अन्तिम मूल्यांकन निदेशक, चिकित्सा सेवा, वायुसेना मुख्यालय, नई दिल्ली द्वारा किया जाएगा।

This report is subject to final assessment by the Director of Medical Services, Air Headquarter, New

Delhi. .... स्थान पर तारीख ..... को दिया गया।

Given at Kol the 14th day of Jan, 2022

परीक्षित व्यक्ति के हस्ताक्षर  
Signature of person examined

चिकित्सा परीक्षक के हस्ताक्षर  
Signature of Medical Examiner  
DR. ANINDYA PRAMANIK  
कक्षा-11 मुहर  
Office stamp  
163/A, Lake Town Kol - 85  
DGCA Approved Class II  
Medical Examiner

(1) नाम, कुल नाम, मुख्य नाम और ईसाई (उप) नाम।

Name, Surname, Principal name/and Christian (sub) names.

(2) उड़ान कर्मीदल के सदस्य के रूप में किस हैसियत से नियुक्त करना है।

Indication of the capacity in which to be employed as flight crew member.

\* मैं इसके द्वारा यह घोषित करता हूँ कि उपर्युक्त डाक्टरी परीक्षा की तारीख से लेकर आज तक मेरे साथ कोई दुर्घटना नहीं हुई और न ही  
मैं किसी बीमारी या अशक्तता से पीड़ित हुआ।

I hereby declare that since the date of the above medical examination I have not been involved in any  
accident, nor suffered from any illness or disability

स्थान  
Place

तारीख  
Date

हस्ताक्षर  
Signature

\* यदि डाक्टरी परीक्षा हुए 30 दिन से अधिक समय हो चुका हो तो उम्मीदवार को उपर्युक्त घोषणा पर अपने हस्ताक्षर करने चाहिए।

\* The candidate should sign the above declaration, if more than 30 days have passed since his medical examination