දුරකථන අංකය) 0112669192 , 0112675011
தொலைபேசி) 0112698507 , 0112694033
Telephone) 0112675449 , 0112675280

ෆැක්ස්) 0112693866
பெக்ஸ்) 0112693869
Fax)0112692913

විද්‍යුත් තැපැල)postmaster@health.gov.lk
மின்னஞ்சல் முகவரி)
e-mail)

වෙබ් අඩවිය) www.health.gov.lk
இணையத்தளம்)
website)

සුවසිරිපාය
சுவசிரிபாய
SUWASIRIPAYA
සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය
சுகாதார அமைச்சு
Ministry of Health

මගේ අංකය) MH/AE/03/Rec/Para/Gen
எனது இல) 02/2023(ii)
My No.)

ඔබේ අංකය)
உமது இல)
Your No. :)

දිනය) 2024.08.08
திகதி)
Date)

මහත්මයාණෙනි/ මහත්මියනි / මෙනවියනි,

<u>අංක 2377 හා 2024.03.22 දිනැති ගැසට් නිවේදනය ප්‍රකාරව අතුරු වෛද්‍ය සේවයේ පාසල් දන්ත චිකිත්සක/ සෞඛ්‍ය කීට විද්‍යා නිලධාරි / බන්තු රේඛන ශිල්පී / මහජන සෞඛ්‍ය රසායනාගාර ශිල්පී/ ඖෂධ සංයෝජක තනතුරු සඳහා පුහුණුවට අභ්‍යාසලාභීන් බඳවා ගැනීමේ සම්මුඛ පරීක්ෂණය - 2024</u>

අංක 2377 හා 2024.03.22 දිනැති ගැසට් නිවේදනයට අනුව අතුරු වෛද්‍ය සේවයේ උක්ත තනතුරු සඳහා පැවැති සම්මුඛ පරීක්ෂණ සඳහා සහභාගී වීමට නොහැකි වූ අයදුම්කරුවන් සඳහා සුදුසුකම් පරීක්ෂාකර බැලීම සඳහා නැවත සම්මුඛ පරීක්ෂණයක් පැවැත්වීමට සැලසුම් කර ඇති අතර ඒ සම්බන්ධ පහත සඳහන් තොරතුරු මෙම වෙබ් අඩවියේ දක්වා ඇත.

I. සම්මුඛ පරීක්ෂණය පැවැත්වෙන ස්ථානය, දිනය හා වේලාව සඳහන් කර ඇති ලේඛනය
II. අයදුම්කරුවන්ගේ නාම ලේඛනය
III. සම්මුඛ පරීක්ෂණයට කැඳවීමේ ලිපිය.
IV. බහුමාන ප්‍රකාශය සහ දිවුරුම් ප්‍රකාශය (සම්පූර්ණ කර ඉදිරිපත් කළ යුතුය)

02. ඉහත සඳහන් ලේඛනවලට අනුව සම්මුඛ පරීක්ෂණයට අවශ්‍ය සහතික සහ ලියවිලි සමග ලේඛනයේ සඳහන් පරිදි නියමිත වේලාවට පැමිණෙන මෙන් කාරුණිකව දන්වමි.

03. තවද සම්මුඛ පරීක්ෂණයට ඉදිරිපත් කරන සියලු ලේඛන ගැසට් නිවේදනය ප්‍රකාරව නිවැරදිව ඉදිරිපත් කළ යුතු බව වැඩිදුරටත් කාරුණිකව දන්වමි.

ඉෂානි කොල්ලුරේ
අධ්‍යක්ෂ (පරිපාලන - ආයතනික)
සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය
"සුවසිරිපාය"
385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත
කොළඹ 10

මෙයට,
ඔබේ සේවය සඳහා කැපවුණු,

ඉෂානි කොල්ලුරේ,
අධ්‍යක්ෂ (පරිපාලන - ආයතනික)
ලේකම් වෙනුවට.

<u>අතුරු වෛද්‍ය සේවයේ තනතුරු සඳහා පුහුණුවට අභ්‍යාසලාභීන් බඳවා ගැනීමේ සම්මුඛ පරීක්ෂණය - 2024</u>

අනු අංකය	පළාත	සම්මුඛ පරීක්ෂණය පැවැත්වෙන දිනය	වේලාව	ස්ථානය
01	මධ්‍යම පළාත	2024.08.14	පෙ.ව 8.30	සෞඛ්‍ය රාජ්‍ය අමාත්‍යාංශය දෙවන මහළ, අංක 585, යූනියන් පෙදෙස, කොළඹ 02.
02	නැගෙනහිර පළාත			
03	වයඹ පළාත			
04	උතුරුමැද පළාත			
05	උතුරු පළාත			
06	සබරගමුව පළාත	2024.08.15		
07	දකුණු පළාත			
08	ඌව පළාත			
09	බස්නාහිර පළාත			

ඉමාෂි කොල්ලුරේ
අධ්‍යක්ෂ (පරිපාලන - ආයතනික)
සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය
"සුවසිරිපාය"
385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත
කොළඹ 10

දුරකථන අංකය) 0112669192 , 0112675011
தொலைபேசி) 0112698507 , 0112694033
Telephone) 0112675449 , 0112675280

ෆැක්ස්) 0112693866
பெக்ஸ்) 0112693869
F)0112692913

විද්‍යුත් තැපැල)postmaster@health.gov.lk
மின்னஞ்சல் முகவரி)
e-mail)

වෙබ් අඩවිය) www.health.gov.lk
இணையத்தளம்)
website)

සුවසිරිපාය
சுவசிரிபாய
SUWASIRIPAYA
සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය
சுகாதாரஅமைச்சு
Ministry of Health

මගේ අංකය) MH/AE/03/REC/PARA/Gen
எனது இல) 02/2023
My No.)

ඔබේ අංකය)
உமது இல)
Your No. :)

දිනය) 2024.06.
திகதி)
Date)

....
....
....
ජා.හැ.අංකය

මහත්මයාණෙනි/ මහත්මියනි / මෙනවියනි,

<u>අංක 2377 හා 2024.03.22 දිනැති ගැසට් නිවේදනය ප්‍රකාරව අතුරු වෛද්‍ය සේවයේ පාසල් දන්ත චිකිත්සක/ සෞඛ්‍ය කීට විද්‍යා නිලධාරි / ඛන්තු රේඛන ශිල්පී / මහජන සෞඛ්‍ය රසායනාගාර ශිල්පී/ ඖෂධ සංයෝජක තනතුරු සඳහා පුහුණුවට අභ්‍යාසලාභීන් බඳවා ගැනීමේ සම්මුඛ පරීක්ෂණය - 2024</u>

අංක 2377 හා 2024.03.22 දිනැති ගැසට් නිවේදනයට අනුව අතුරු වෛද්‍ය සේවයේ උක්ත තනතුරු සඳහා අයදුම්කර ඇති ඔබගේ සුදුසුකම් පරීක්ෂාකර බැලීම සඳහා වන සම්මුඛ පරීක්ෂණය පහත පරිදි පැවැත්වේ.

දිනය -
වේලාව -
ස්ථානය -

02. ඒ අනුව පහත සඳහන් සහතිකවල/ ලියවිලිවල **මුල් පිටපත් සහ සත්‍ය පිටපත් බවට සහතික කරන ලද ඡායා පිටපත් කට්ටලයක්ද** රැගෙන එදිනට පැමිණෙන මෙන් කාරුණිකව දන්වමි. (මෙම සහතිකවල/ ලියවිලිවල මුල් පිටපත් සහ සහතික කරන ලද ඡායා පිටපත් කොළ පැහැති කාඩ්බෝඩ් ලිපිගොනු දෙකක වෙන වෙනම බහාලිය යුතු ය.)

I. උප්පැන්න සහතිකය.
II. පුද්ගලයන් ලියාපදිංචි කිරීමේ දෙපාර්තමේන්තුවෙන් නිකුත් කරන ලද ජාතික හැඳුනුම්පත හෝ වලංගු ගමන් බලපත්‍රය හෝ වලංගු දේශීය රියදුරු බලපත්‍රය.
III. ගැසට් නිවේදනයේ 9 ඡේදයේ සඳහන් පරිදි සහතික කරන ලද ඔබගේ අත්සනින් යුතු මුද්‍රිත අයදුම්පත. **(Print Out)**
IV. අ.පො.ස.(උ/පෙළ) විභාග ප්‍රතිඵල ලේඛනය හා **'Z'** අගය දැක්වෙන සහතිකය. (Z - Score අගය සහිත)
V. අ.පො.ස.(සා/පෙළ) විභාග ප්‍රතිඵල ලේඛනය. (විභාග දෙපාර්තමේන්තුව විසින් නිකුත් කළ අ.පො.ස. (උ.පෙළ) / අ.පො.ස. (සා.පෙළ) විභාග ප්‍රතිඵල ලේඛන පමණක් සලකා බලනු ලැබේ.)
VI. රු.1000/= ක මුදල ගෙවූ බවට සනාථ කෙරෙන රිසිට්පත.
VII. ග්‍රාම නිලධාරී විසින් නිකුත් කරන ලද සහතිකය (DS4 ආකෘතිය).
VIII. ශිෂ්‍ය කාර්ය දර්ශනය. (පාසල් හැරයාමේ සහතිකය - අධ්‍යාපන බී 59 පොදු ආකෘති පත්‍රය)
IX. විවාහය ලියාපදිංචි කර ඇති හෝ දික්කසාද වූ හෝ අයෙකු නොවන බව සනාථ කිරීම සඳහා සාමදාන විනිශ්චයකරුවෙකු ඉදිරියේ රු.50.00 ක මුද්දරයක් මත අත්සන් කරන ලද දිවුරුම් ප්‍රකාශය (මෙම වගන්තිය අදාළ වන්නේ පාසල් දන්ත චිකිත්සක පාඨමාලාවට පමණි).

X. විශ්වවිද්‍යාල ප්‍රතිපාදන කොමිෂන් සභාව යටතේ පවත්නා රජයේ විශ්ව විද්‍යාලයක / රජයේ විශ්වවිද්‍යාල විද්‍යායතනයක අ.පො.ස.(උ.පෙළ) සුදුසුකම් මත උපාධි පාඨමාලාවක් හැදෑරීම සඳහා " රජයේ නිදහස් අධ්‍යාපන වරප්‍රසාද " යටතේ අභ්‍යන්තර ශිෂ්‍යයෙකු ලෙස ලියාපදිංචි වී සිටින හෝ හදාරමින් සිටින අයෙකු නොවන බවට ඔබගේ බහුමාන සහතිකය . (වෙබ් අඩවියේ පළකර ඇති බහුමාන සහතිකය සම්පූර්ණ කර ඉදිරිපත් කළ යුතුය.

XI. උක්ත ලේඛනවල සඳහන් නම් වල වෙනසක් ඇත්නම් සාමදාන විනිශ්වයකරුවකු ඉදිරියේ රු.50.00 ක මුද්දරයක් මත අත්සන් කරන ලද දිවුරුම් ප්‍රකාශනය.

03. සම්මුඛ පරීක්ෂණයට ගැහැණු අයදුම්කාරිණියන් සුදු සාරියකින් ද පිරිමි අයදුම්කරුවන් කලු කලිසමකින් හා සුදු කමිසයකින් ද සැරසී පැමිණිය යුතු ය.

04. මෙම සම්මුඛ පරීක්ෂණයට ඔබ කැඳවනු ලබන්නේ සුදුසුකම් පරීක්ෂා කිරීම සඳහා පමණක් වන අතර මෙය උක්ත තනතුරේ ස්ථිර පත්වීමක් ලබා දීමට හිමිකමක් නොවන බව ද අවධාරණය කරමි.

මෙයට,
ඔබේ සේවය සඳහා කැපවුණ,

ඉෂානි කොල්ලුරේ,
අධ්‍යක්ෂ (පරිපාලන - ආයතනික),
ලේකම් වෙනුවට.

ඉෂානි කොල්ලුරේ
අධ්‍යක්ෂ (පරිපාලන - ආයතනික)
සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය
"සුවසිරිපාය"
385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත
කොළඹ 10

දිවුරුම් ප්‍රකාශය

.... දිස්ත්‍රික්කයේ .... යන ලිපිනයෙහි පදංචි අංක .... දරණ ජාතික හැඳුනුම්පත හිමි ....වන මම පහත සඳහන් කරුණු සත්‍ය හා නිවැරදි බවට දිවුරාප්‍රකාශ කර සිටිමි.

1. මම සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය විසින් 2024.03.22 දින පළකරන ලද අංක 2,377 දරණ ගැසට් නිවේදනය අනුව අතුරු වෛද්‍ය සේවයට අයත් පුහුණු පාඨමාලා සඳහා මාර්ගගත ක්‍රමවේදය ඔස්සේ අයදුම්පතක් ඉදිරිපත් කලෙමි.

2. ඉහත කී ගැසට් නිවේදනයෙහි සඳහන් කරුණු වලට අනුව මා විසින් ඉදිරිපත් කල අයදුම්පතට සත්‍ය සහ නිවැරදි තොරතුරු පමණක් අතුළත් කල අතර, වැරදි හෝ අසත්‍ය කිසිඳු තොරතුරු ඇතුළත් නොකළෙමි.

3. මෙම පාඨමාලාවලට සිසුන් තෝරාගැනීම සඳහා පවත්වන ලද සම්මුඛ පරීක්ෂණයට ද ඉන් පසුව ද මා විසින් ඉදිරිපත් කරන ලද සියලු තොරතුරු, සහතිකපත් සහ වෙනත් ලේඛණ සත්‍ය සහ නිවැරදි ඒවා වේ.

4. ගැසට් නිවේදනයේ 6.5 ඡේදය අනුව මම විවාහය ලියාපදිංචිකර ඇති හෝ දික්කසාද වූ හෝ අයෙකු නොවෙමි. (මෙම කොන්දේසිය අදාල වන්නේ පාසල් දන්ත චිකිස්සක පාඨමාලාව සඳහා අයදුම්කර ඇති අයදුම්කාරියන්ට පමණි.)

5. මම ගැසට් නිවේදනයේ අංක 6 ඡේදය යටතේ දක්වා ඇති 6.1, 6.2, 6.3 සහ 6.4 යන අනුඡේදවලින් කියවෙන කිසිඳු නුසුදුසුකමක් පවතින අයදුම්කරුවෙකු නොවෙමි.

6. තවද, ඉහත ගැසට් නිවේදනයේ 6.1 සිට 6.5 දක්වා වූ අනුඡේද වලින් කියවෙන කරුණු වලට පටහැනිව මා විසින් ඉදිරිපත් කරන ලද කුමන හෝ තොරතුරක් / ලේඛණයක් ව්‍යාජ තොරතුරක් / ලේඛණයක් බවට අනාවරණය වුවහොත්, මෙම ගැසට් නිවේදනයේ 6.4, 7.3, 11.3, 11.5 සහ 12.3 යන වගන්තිවල දැක්වෙන ක්‍රියාමාර්ග වලට යටත්වීමට සිදුවන බව මා ඉතා හොඳින් දන්නා අතර, එවැනි තත්වයකට එරෙහිව සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය විසින් ගනු ලබන ඕනෑම තීරණයකට යටත්වීමට මා එකඟ බවද වැඩිදුරටත් දිවුරා ප්‍රකාශකර සිටිමි.

....

ප්‍රකාශකරු / ප්‍රකාශකාරිය

ඉහත සඳහන් සියලු කරුණු මෙහි ප්‍රකාශකරු / ප්‍රකාශකාරිය වන .... විසින් කියවා තේරුම්ගෙන සත්‍ය හා නිවැරදි බවට පිළිගෙන 2024. .... මස .... වැනි දින .... දී මා ඉදිරිපිටදී රුපියල් පනහක මුද්දරයක් මත අත්සන් කල බැව් සහතික කරමි.

....

නිල මුද්‍රාව

සාම විනිසුරු

ඉෂානි කොල්ලුරේ
අධ්‍යක්ෂ (පරිපාලන - ආයතනික)
සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය
"සුවසිරිපාය"
385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත
කොළඹ 10

(05)

බහුමාන සහතිකය

.... දිස්ත්‍රික්කයේ .... යන ලිපිනයෙහි පදංචි අංක .... දරණ ජාතික හැඳුනුම්පත හිමි ....වන මම සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය විසින් 2024.03.22 දින පළකරන ලද අංක 2,377 දරණ ගැසට් නිවේදනය අනුව අතුරු වෛද්‍ය සේවයට අයත් පුහුණු පාඨමාලා සඳහා මාර්ගගත ක්‍රමවේදය ඔස්සේ යොමුකල අයදුම්පතට ඇතුලත් කරන ලද පහත සඳහන් කරුණු (දත්ත) සහ ඉන් පසුව ලබාදෙන ලද සහතිකපත් හා ලේඛණ සත්‍ය සහ නිවැරදි බවට අවංකව ද, ගෞරව බහුමානයෙන් යුක්තව ද ප්‍රතිඥා දී ප්‍රකාශකර සිටිමි.

1. මම ඉහත අංක දරණ ගැසට් නිවේදනයේ අංක 6 ඡේදයේ <u>පාඨමාලා සඳහා අයදුම් කිරීමට හෝ ඇතුළත් වීමට නුසුදුස්සන්</u> යටතේ දක්වා ඇති 6.1, 6.2, හා 6.3 යන අනුඡේදවලින් වැඩිදුරටත් විස්තර කර ඇති ආයතනයක නිදහස් අධ්‍යාපන වරප්‍රසාද යටතේ අ.පො.ස. (උ.පෙළ) සුදුසුකම් වලින් බඳවාගනු ලබන පූර්ණ කාලීන පාඨමාලාවක 2024.03.22 දින වන විට ලියාපදිංචි වී නොසිටි / හදාරමින් නොසිටි අයෙකු බව

2. මම එකී ගැසට් නිවේදනයේ 6.4 අනුඡේදයේ සවිස්තරව දක්වා ඇති පරිදි 6.1, 6.2, හා 6.3 යන අනුඡේදවලින් කියවෙන කුමන හෝ ආයතනයක පූර්ණකාලීන පාඨමාලාවක ලියාපදිංචි වී සිට / හදාරමින් සිට මෙම ගැසට් නිවේදනය පළවීමෙන් පසුව එම ලියාපදිංචිය අවලංගුකර ගත් අයෙකු හෝ ගැසට් නිවේදනය පළවීමෙන් පසුවද සම්මුඛ පරීක්ෂණ පැවැත්වීමෙන් පසුවද ඉහත කී ආයතනයක පූර්ණකාලීන පාඨමාලාවක ලියාපදිංචි වී සිට එය අවලංගුකර ගන්නා අයෙකු නොවන බව

3. මම ඉහත කී ගැසට් නිවේදනයේ 6.1, 6.2, සහ 6.3 යන අනුඡේදවලින් කියවෙන කුමන හෝ ආයතනයක පූර්ණකාලීන පාඨමාලාවක ලියාපදිංචි වී සිටින / හදාරමින් සිටින අයෙකු හෝ 6.4 යන අනුඡේදයෙහි දක්වා ඇති නුසුදුසුකම් පවතින අයෙකු නොවන බව

තවද, ඉහත ගැසට් නිවේදනයේ 6.1 සිට 6.4 දක්වා වූ අනුඡේදවලින් කියවෙන කරුණුවලට පටහැනිව මා විසින් ඉදිරිපත් කරන ලද කුමන හෝ තොරතුරක් / ලේඛණයක් ව්‍යාජ තොරතුරක් / ලේඛණයක් බවට අනාවරණය වුවහොත්, මෙම ගැසට් නිවේදනයේ 6.4, 7.3, 11.3, 11.5 සහ 12.3 යන වගන්තිවල දැක්වෙන ක්‍රියාමාර්ග වලට යටත්වීමට සිදුවන බව මා ඉතා හොඳින් දන්නා අතර, එවැනි තත්වයකට එරෙහිව සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය විසින් ගනු ලබන ඕනෑම තීරණයකට යටත්වීමට මා එකඟ බවද වැඩිදුරටත් ගෞරව බහුමානයෙන් යුක්තව ප්‍රතිඥා දී ප්‍රකාශකර සිටිමි.

මෙයට,

විශ්වාසී.

අයදුම්කරුගේ අත්සන : ....

සම්පූර්ණ නම : ....

දිනය : ....

ඉෂානි කොල්ලුරේ
අධ්‍යක්ෂ (පරිපාලන - ආයතනික)
සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය
"සුවසිරිපාය"
385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත
කොළඹ 10

(6)

දුරකථන) 0112669192, 0112675011
தொலைபேசி) 0112698507, 0112694033
Telephone) 0112675449, 0112675280

ෆැක්ස්) 0112693866
பெக்ஸ்) 0112693869
Fax) 0112692913

විද්‍යුත් තැපෑල)
மின்னஞ்சல் முகவரி) postmaster@health.gov.lk
e-mail)

වෙබ් අඩවිය)
இணையத்தளம்) www.health.gov.lk
website)

මගේ අංකය) MH/AE/03/REC/PARA/Gen/
எனது இல) 02/2023
My No.)

ඔබේ අංකය)
உமது இல
Your No.)

දිනය) 2024.08.
திகதி)
Date)

සුවසිරිපාය
சுவசிறிபாய
SUWASIRIPAYA

සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය
சுகாதார அமைச்சு
Ministry of Health

. . . .

. . . .

. . . .

. . . .

NIC No:

Mr/Mrs/Miss,

Interview for the recruitment of Trainees for training for the Post of School Dental Therapist/ Health Entomology Officer/ Cardiographer/ Public Health Laboratory Technician/ Dispenser Service Officer in the Paramedical Service as per Gazette Notification No. 2377 of 22.03.2024

In accordance with the Gazette No. 2377 of 22.03.2024 the interview will be held to verify the qualifications of the applicants for the above Posts in the Paramedical Service.

Date: . . . .
Time: . . . .
Place: . . . .

02. Accordingly, you are kindly informed that you have to present at the interview along with the originals and certified photocopies of the following certificates. (Original and attasted photocopies of these certificates /documents should be kept separately in two green cardboard files)

I. Birth Certificate
II. National Identity Card issued by Department for Registration of Persons or valid passport or valid Sri Lankan driving license.
III. Printed copy of the uploaded application (Duly attested by an officer as mentioned in Sub-paragraph 9.1.)
IV. The G.C.E. (A/L) result sheet with the Z score (issued by the Department of Examinations)

V. G.C.E (O/L) result sheet (issued by the Department of Examinations. Only the Examination results sheets of G.C.E. A/Level and G.C.E. O/Level issued by the Department of Examinations will be considered.)

VI. Receipt obtained for the payment of Rs.1000.00 to the Bank.

VII. Certificate of proving residence issued by the Grama Niladari. (DS – 04)

VIII. School leaving certificate. (Education B-59)

IX. A formal affidavit signed over a stamp at the value of Rs 50/- in the presence of a Justice of the Peace to confirm that the applicant is not married or divorced as per sub-paragraph 6.5 (This clause is applicable only for the School Dental Therapist Course)

X. A solemn declaration that you have not registered or currently following any fulltime/internal course conducted by a state university or a state university college recognized by the University Grants Commission under the national free education policy, that demands G.C.E. (A /L) qualifications. (Delaration form is published in web site)

XI. If there is a change in the names of the above documents, an affidavit from a Justice of Peace which is duly signed on a stamp of Rs.50/-, should be submitted.

03. Female candidates should wear white sarees and male candidates should wear a white shirt and a black trouser.

04. You are further informed that you will be called for this interview only to check your qualifications and you are not entitled to obtain a permanent appointment in the posts above.

G.W.C.Sumedha Priyabhashinie,
Deputy Director General (Admin) III,
For the Secretary.

G. W. C. Sumedha Priyabhashinie
Deputy Director General(Admin) III
Ministry of Health
"Suwasiripaya"
385, Rev. Baddegama Wimalawansa Thero Mawatha,
Colombo-10

(7)

Affidavit

I, ...
District . . . .
Identity Card No. . . . . declare that the in
the best of my knowledge.

1. I have submitted an application through the online method for the training courses in the Paramedic Service in accordance with the Gazette notification No 2377 of 22.03.2024 published by the Ministry of Health.

2. As per the information in the above gazette notification, I have entered only true and accurate information in the application which I submitted and I have not entered any bogus information thereof.

3. All information, certificates and other documents that I have submitted for the interview carried out for the selection of the students for these courses and thereafter are true and accurate.

4. I am not a person who has registered the marriage or a divorcee. (This only applies to the School Dental Therapist training course)

5. I am not an applicant with disqualifications mentioned in 6.1, 6.2, 6.3 and 6.4 under the clause 6 of the Gazette Notification.

6. In contrary to the clauses from 6.1 to 6.5 in the Gazette notification if any information/document submitted by me is found to be false, I am aware that I am subjected to the actions in the clauses 6.4, 7.3, 11.3, 11.5 and 12.3 and I further declare that I agree to be subjected to every decision taken by the Ministry of Health in such an incident.

. . . .
Declarant

I hereby certify that the contents in this affidavit was read and understood by the declarant . . . ., declared this as true and accurate and placed his/her signature here on a stamp of Rs.50/- in my presence on . . . . 2024.

. . . .
Justice of Peace

Official Frank

G. W. C. Sumedha Priyabhashinie
Deputy Director General(Admin) II
Ministry of Health
"Suwasiripaya"
385, Rev. Baddegama Wimalawansa Thero Mawatha
Colombo-10

Solemn Declaration

I, ... reside in . . . . District . . . . (address) bearing National Identity Card No. . . . . declare that the information (data) attached to the application referred through online system, and certificates and documents submitted afterward as per the Gazette notification No. 2377 of 22.03.2024, regarding the training courses in the Paramedic Services, is true and accurate to the best of my knowledge.

1. That I am not a student who registered as at 22.03.2024 or follow a fulltime course selected by G.C.E.(A/L) under the national free education policy at any institution in the sub-clauses in 6.1, 6.2 and 6.3 of clause 06 which is stated as applicants who are not eligible to apply/get selected for the course.

2. That I am not a candidate, registered or following a fulltime course in any institution which is stated in detailed in sub-clause 6.4 and sub-clauses nos. 6.1, 6.2, 6.3 and not cancelled the registration after the publication of this Gazette notification or not cancelled the registration in such institution after the publication of this Gazette notification and the interview.

3. That I am not a student who registered or follow a fulltime course in any of the institutions which is stated in sub-clauses in 6.1, 6.2 and 6.3 and not a disqualified candidate as per the sub-clause 6.4 in the above Gazette notification.

In contrary to the clauses from 6.1 to 6.4 in the Gazette notification if any information/document submitted by me is found to be false, I am aware that I am subjected to the actions in the clauses 6.4, 7.3, 11.3, 11.5 and 12.3 and I further declare that I agree to be subjected to every decision taken by the Ministry of Health in such an incident.

Signature of the applicant	: . . . .
Name in full	: . . . .
Date	: . . . .

G. W. C. Sumedha Priyabhashinie
Deputy Director Gen
Ministry of
"Suwasiri
385, Rev. Baddegama Wima
Colombo-10