

**പി.എസ്.സി പരീക്ഷകൾക്ക് സൈബിനെ അനുവദിക്കുന്നത് സംബന്ധിച്ച  
നിർദ്ദേശങ്ങൾ**

1 പരീക്ഷാ തീയതിയ്ക്ക് കുറഞ്ഞത് 7 ദിവസം മുമ്പ് അഡ്മിഷൻ ടിക്കറ്റിന്റെ പകർപ്പ്, disability certificate - ന്റെ പകർപ്പ് എന്നിവ സഹിതം ബന്ധപ്പെട്ട പി.എസ്.സി ഓഫീസിൽ Tapal/email/നേരിട്ട് - അപേക്ഷ നൽകേണ്ടതാണ്.

2 സംസ്ഥാനതല പരീക്ഷകൾക്ക് (Statewise) ആസ്ഥാന ഓഫീസിലും ജില്ലാതല പരീക്ഷകൾക്ക് (Districtwise) അതാത് ജില്ലാ ഓഫീസുകളിലുമാണ് അപേക്ഷ നൽകേണ്ടത്.

**ആസ്ഥാന ഓഫീസ് - വിലാസം**

ഡെപ്യൂട്ടി സെക്രട്ടറി (ഇ.എഫ്)

കേരള പബ്ലിക് സർവീസ് കമ്മീഷൻ, പട്ടം, തിരുവനന്തപുരം-695004

Email :- [jointce.psc@kerala.gov.in](mailto:jointce.psc@kerala.gov.in)

Phone: - 0471-2546260, 264

**ജില്ലാ ഓഫീസ് - വിലാസം**

ജില്ലാ ഓഫീസർ

കേരള പബ്ലിക് സർവീസ് കമ്മീഷൻ, ജില്ലാ ഓഫീസ്

..... (ജില്ലയുടെ പേര്)

(ജില്ലാ ഓഫീസുകളുടെ E.mail, address പി.എസ്.സി വെബ്സൈറ്റിൽ ലഭ്യമാണ്).

3 Blindness, Locomotor disability (Both arms affected - BA), Cerebral palsy എന്നീ വിഭാഗത്തിൽപ്പെട്ട ഭിന്നശേഷിക്കാരായ ഉദ്യോഗാർത്ഥികൾ disability certificate (പകർപ്പ്), അഡ്മിഷൻ ടിക്കറ്റ്, അപേക്ഷ എന്നിവ നിശ്ചിത സമയത്തിനുള്ളിൽ സമർപ്പിച്ചാൽ സൈബിനെ അനുവദിക്കുന്നതാണ്.

4 മറ്റ് വിഭാഗത്തിൽപ്പെട്ട ഭിന്നശേഷിക്കാരായ ഉദ്യോഗാർത്ഥികൾ disability certificate നു പുറമേ എഴുതുവാൻ ശാരീരിക പരിമിതി ഉണ്ടെന്നും ടിയാൾക്ക് വേണ്ടി പരീക്ഷ എഴുതുന്നതിന് സൈബിന്റെ സേവനം ആവശ്യമാണെന്നും സർക്കാർ സർവീസിലെ സിവിൽ സർജനിൽ കുറയാത്ത ഡോക്ടർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ Appendix I (ഇതോടൊപ്പം ചേർത്തിട്ടുണ്ട്) പ്രൊഫോർമ പ്രകാരമുള്ള സർട്ടിഫിക്കറ്റ് കൂടി ഹാജരാക്കിയാൽ മാത്രമേ സൈബിനെ അനുവദിക്കുകയുള്ളൂ.

**CERTIFICATE REGARDING PHYSICAL LIMITATIONS IN AN EXAMINEE TO WRITE**

**This is to certify that I have examined Mr./Ms./Mrs.....**

**(name of the candidate with disability), a person with .....**

**(nature and percentage of disability as mentioned in the certificate of disability),**

**S/o D/o.....a resident of .....**

**(Village/District/State) and state that he/she has physical limitation which hampers his/her**

**writing capabilities owing to his/her disability.**

**Signature**

**Chief Medical Officer/ Civil Surgeon/ Medical Superintendent of  
Government Health Care Institutions**

**(Office Seal)**

**Name & Designation**

**Name of Government Hospital /Health Care Centre with Seal**

**Place :**

**Date:**

**Note: Certificate should be given by a specialist of the relevant stream/ disability. (Eg:Visual impairment Ophthalmologist / Locomotor disability – Orthopaedic Specialist/ PMR)**