

സംസ്ഥാന സെൻട്രൽ ലൈബ്രറി, കേരളം
വിഭിന്ന കാഴ്ച ശേഷി/ബ്രയിലി വിഭാഗക്കാർക്ക് പ്രവേശനത്തിനുള്ള അപേക്ഷ
('എഫ് ക്ലാസ്സ് അംഗത്വം')

അംഗത്വ നമ്പർ :

സ്റ്റാമ്പ്
സൈസ്
ഫോട്ടോ

പൂർണ്ണമായ പേര്
(മലയാളത്തിലും, ഇംഗ്ലീഷിലും) :

പിതാവിന്റെ/മാതാവിന്റെ പേര് :

വിവാഹിതരെങ്കിൽ
പങ്കാളിയുടെ പേര് :

സ്ഥിരമായ മേൽവിലാസം(പിൻകോഡ്):

ഇപ്പോഴത്തെ പൂർണ്ണ മേൽവിലാസം
വില്ലേജ്, താലൂക്ക്, (പിൻകോഡ്) :

ടെലഫോൺ നമ്പർ (വീട്/ഓഫീസ്) :

മൊബൈൽ നമ്പർ :

ഇ-മെയിൽ വിലാസം :

തൊഴിൽ :

കാഴ്ചശേഷിയുടെ ശതമാനം :

ആധാർ നമ്പർ :

പാൻ നമ്പർ :

(ആദായ നികുതി നൽകുന്നവർ) :

ഓഫീസ് അഡ്രസ്സ് (പൂർണ്ണം) :

സത്യപ്രസ്താവന

തിരുവനന്തപുരം പബ്ലിക് ലൈബ്രറിയിലെ സവിശേഷ കാഴ്ചശേഷി / ബ്രയിലി വിഭാഗത്തിൽ ഒരു അംഗമാകുന്നതിന് ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുകയും എനിക്ക് പ്രവേശനം നൽകുകയാണെങ്കിൽ കാലാകാലം പ്രാബല്യത്തിലുള്ള ലൈബ്രറി ചട്ടങ്ങളും അത് സംബന്ധിച്ച് സ്റ്റേറ്റ് ലൈബ്രേറിയൻ എടുക്കുന്ന തീരുമാനങ്ങളും അനുസരിക്കുന്നതാണെന്ന് ഉറപ്പുതരുന്നതുകൊണ്ട് എന്റെ അംഗത്വം മൂലം ലൈബ്രറിക്ക് എന്തെങ്കിലും നഷ്ടം നേരിടുകയാണെങ്കിൽ അതിന് ഞാൻ വ്യക്തിപരമായി ഉത്തരവാദിയായിരിക്കുന്നതാണ്.

(ഒപ്പ്)

തീയതി.....

(മറുപറ)

ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം

ശുപാർശ ചെയ്യുന്ന ആൾ.....

.....

.....

I/II ഷിഫ്റ്റ് ചുമതല വഹിക്കുന്ന ലൈബ്രേറിയൻ, പുസ്തകമുറി

പ്രവേശനം നൽകിയ തീയതി

.....

സ്റ്റേറ്റ് ലൈബ്രേറിയൻ

STATE CENTRAL LIBRARY, KERALA
(THIRUVANANTHAPURAM PUBLIC LIBRARY)
APPLICATION FOR MEMBERSHIP
FOR VISUALLY IMPAIRED PERSON
(‘F CLASS MEMBERSHIP’)

Recent Stamp
size photograph
should be
affixed

Member No:

Admitted on :

1. Name in full (in block letters) :
2. Father’s/mother’s Name :
3. If married, Please state spouse’s name :
4. Permanent Address (with Pin code) :

5. Village and Taluk :
6. Present Address (With Pincode) :

7. Telephone No :
8. Mobile No :
9. E-Mail Address :

10. Occupation :
11. Percentage of Vision :
12. Aadhar No. :
13. PAN (If Income Tax Payee) :
14. Office Address (in full) :
Office PIN Code :

DECLARATION

I desire to become a member in the visually impaired / Braille section in the library. If admitted, I undertake to abide by the rules of the library in force, from time to time and the state Librarian’s decision regarding them. I shall be personally responsible for any loss sustained by the library due to my membership and shall make good any such loss.

Date:

Signature

(P.T.O.)

For Office use only

Recommended by :.....

.....

.....

Librarian incharge of Shift I & II, Book Room.

Admitted On

.....

State Librarian