

ഫാറം 19 സി

[24സി(9), 24ഡി(4), 24ഇ(1) ചട്ടങ്ങൾ കാണുക]

കോവിഡ് 19 പോസിറ്റീവ്/കാറന്റേൻഡ് സംബന്ധിച്ച സാക്ഷ്യപത്രം

.....ജില്ലയിലെ ഗ്രാമ

പഞ്ചായത്ത്/മുനിസിപ്പാലിറ്റി/മുനിസിപ്പൽ കോർപ്പറേഷനിലെ വാർഡ് നമ്പർ -ൽ

താമസിക്കുന്ന ശ്രീ./ശ്രീമതി/കുമാരിമകൻ/മകൾ/ഭാര്യ

..... കോവിഡ് 19 രോഗബാധ സംബന്ധിച്ച് സർക്കാർ ആശുപത്രി/ലാബ്

അല്ലെങ്കിൽ സർക്കാർ അംഗീകരിച്ച ആശുപത്രി/ലാബിൽ നടത്തിയ പരിശോധനയിൽ പോസിറ്റീവ്/സർക്കാർ

നിർദ്ദേശിച്ചിരിക്കുന്ന പ്രകാരം നിർബന്ധിത കാറന്റേൻഡിലാണെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

അധികാരപ്പെടുത്തിയ ആരോഗ്യ വകുപ്പ് അധികാരിയുടെ പൂർണ്ണമായ ഒപ്പ് :

പേര് :

മേൽവിലാസം :

ഓഫീസ് മുദ്ര