ഫോറം 19എ

[ചട്ടം 24എ(3) കാണുക]

സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പട്ടിക

ഈ പട്ടികയിൽ പേരുള്ള വ്യക്തികളെ ..... (തീയതി/സമയം) കോവിഡ് വൈറസ് ബാധ പോസിറ്റീവ് ആണെന്ന് സർക്കാർ ആശുപത്രി/ലാബ് അല്ലെങ്കിൽ സർക്കാർ അംഗീകരിച്ച ആശുപത്രി/ലാബ് അല്ലെങ്കിൽ കോവിഡ് 19 കാരണം കാറന്റൈനിൽ ആണെന്ന് ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

ക്രമനമ്പർ	പേര്	വയസ്സ്	ലിംഗം ആൺ/പെൺ/ട്രാൻസ്ജെൻഡർ	പിതാവിന്റെ/ഭർത്താവിന്റെ പേര്	പിൻ കോഡ് ഉൾപ്പെടെ കത്തിടപാടിനുള്ള മേൽവിലാസം	തിരഞ്ഞെടുപ്പ് സംബന്ധിച്ച വിശദാംശങ്ങൾ								തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ്		ആശുപത്രിയിലോ/കാറന്റൈനിലോ നിലവിലുള്ള സ്ഥലത്തെ മേൽവിലാസം	നഗരസഭ/ഗ്രാമപഞ്ചായത്ത്	വാർഡ് നമ്പർ	താലൂക്ക്	ജില്ല
						ജില്ല	മുനിസിപ്പാലിറ്റി/മുനിസിപ്പൽ കോർപ്പറേഷൻ/ഗ്രാമപഞ്ചായത്തിന്റെ പേര്	മുനിസിപ്പാലിറ്റി/മുനിസിപ്പൽ കോർപ്പറേഷൻ/ഗ്രാമപഞ്ചായത്തിന്റെ ക്രമനമ്പർ	വാർഡ് നമ്പർ	ബ്ലോക്ക് പഞ്ചായത്തിന്റെ നിയോജക മണ്ഡലത്തിന്റെ പേരും നമ്പരും	ജില്ലാ പഞ്ചായത്തിന്റെ നിയോജക മണ്ഡലത്തിന്റെ പേരും നമ്പരും	വോട്ടർ പട്ടിക ഭാഗം നമ്പർ	വോട്ടർ പട്ടികയിലെ ക്രമ നമ്പർ	തിരിച്ചറിയൽ കാർഡിലെ പേര്	നമ്പർ				

അധികാരപ്പെടുത്തിയ ആരോഗ്യവകുപ്പിലെ അധികാരിയുടെ പൂർണ്ണമായ ഒപ്പ്: പേര്: വിലാസം: ഓഫീസ് സീൽ

GCPT. 250/9595/2020/6,73,700.