

ضروری ہدایات

- 1- فارم ہذا میں بچے کی عمر نہیں بلکہ تاریخ پیدائش تحریر کریں۔
- 2- کارکن اور لواحقین نشانات کا ہذکورہ خانہ میں اندراج ضروری ہے۔
- 3- صرف زیر کفالت والدین کے نام ہی درج کریں۔
- 4- رجسٹریشن فارم (R-2) کے ہمراہ (R-3) کے دوپرت منسلک نہ ہونے کی صورت میں سوشل سیکورٹی کارڈ (R-5) جاری نہیں کیا جائے گا۔
- 5- زیر کفالت افراد سے مراد کارکن کے زیر کفالت والدین 21 سال تک کے بیٹے اور غیر شادی شدہ بیٹیاں شامل ہیں۔
- 6- زیر کفالت والدین، بیوی، خاوند اور 18 سال سے زائد عمر کے بچوں کے قومی کارڈ نمبر درج کرنا ضروری ہے۔

انتباہ

اگر کسی کے شخص نے مندرجہ بالا کوائف غلط فراہم کئے تو وہ سزا کا مستوجب ہوگا۔

**THE ICT EMPLOYEES' SOCIAL SECURITY INSTITUTION
ISLAMABAD**

AFFIDAVIT

I, _____ S/O _____ a secured
Worker under Social Security No. _____ khatta _____
Mills _____ Pass No. _____ employee of
M/s _____ solemnly declare
That my Family & Parents are dependent upon and residing with me as
He/she/they have no source of income of his/her/their own. Their particulars are
as under:-

Name of Father/Mother	Age	Marks of Identification	Identity Card No. issued

Signature/Thumb impression

Father _____

Mother _____

The content of above statement are correct the best of my knowledge and belief

In case of any information given above is found incorrect. It will be liable to be punished for imprisonment of 3 month and fine upto 1000/- or both.

**Signature/Thumb Impression
Of the secured worker**

**Attested by the Employer
Signature with Stamp**

THE ICT EMPLOYEES' SOCIAL SECURITY INSTITUTION ISLAMABAD

MEDICAL FITNESS CERTIFICATE

ONLY FOR EMPLOYMENT UNDER SECTION 12 OF FACTORY ACT.

Name: _____ S/O _____

Date of birth _____ N.I.C. No.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name of establishment: _____

Address:

MEDICAL EXAMINATION:

- | | | | |
|----|---|------------------------------|--------------------------------|
| A. | PHYSICALLY AND MENTALLY | <input type="checkbox"/> FIT | <input type="checkbox"/> UNFIT |
| B. | ANY HO CHRONIC AILMENT
(If yes please specify) | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |
| C. | TAKING ANY REGULAR MEDICINE | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |
| D. | INVESTIGATION RECOMMENDED | | |

SIGNATURE OF APPLICANT

M.O./C.I.T.C & SSD