



**UNIVERSITY OF  
ALLAHABAD**

**DATA SHEET  
FOR  
HEALTH DIARY/HEALTH CARD**

To be filled by Office

Affix  
your Latest  
Colour  
Photograph

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Category : GEN/OBC/SC/ST  
Strike out, wherever is not applicable

Signature of Staff  
(Sign in the Box)

**TO BE FILLED IN  
CAPITAL LETTERS ONLY**

CPF No. : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 PAN Card No : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Name : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

  
Father/Husband : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Designation : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Basic Pay without Grade Pay : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Department/Section : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Date of Birth : 

|  |  |   |  |  |   |   |   |  |  |
|--|--|---|--|--|---|---|---|--|--|
|  |  | / |  |  | / | 2 | 0 |  |  |
|--|--|---|--|--|---|---|---|--|--|

 (DD/MM/YYYY) Age as on 01<sup>st</sup> Jan 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 years

Local Address : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Mobile : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Tel. with STD Code : (O) 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 (R) 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Blood Group : 

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

 (eg. A+ve, B+ve, AB+ve etc.)

**NAME OF THE BENEFICIARIES DEPENDENT ON EMPLOYEE:**

|               | Name | Married/<br>Unmarried<br>(Y/N) | Employed/<br>Unemployed<br>(Y/N) | Date of Birth<br>(DD/MM/YYYY) | Signature |
|---------------|------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-----------|
| Wife/Husband  |      |                                |                                  |                               |           |
| Father        |      |                                |                                  |                               |           |
| Mother        |      |                                |                                  |                               |           |
| Son           |      |                                |                                  |                               |           |
| Son           |      |                                |                                  |                               |           |
| Daughter      |      |                                |                                  |                               |           |
| Daughter      |      |                                |                                  |                               |           |
| Minor Brother |      |                                |                                  |                               |           |
| Minor Sister  |      |                                |                                  |                               |           |

Note: Please furnish overleaf employer's address/phone No. (s), providing medical facility to your brother(s), sister(s). If any

**UNDERTAKING**

The dependents mentioned above solely depend upon me and we are not availing any other medical facility given by any other employer. I do hereby solemnly undertake that the Information provided herein above are true to the best of my knowledge and belief. In the event of anything found false the appropriate action can be taken by the University.

Date: \_\_/\_\_/20\_\_

Signature of the Employee

## Other Employer's Detail

1. For Husband/Wife

2. For Brother

3. For Sister

Signature of the Employee