

ਦਫਤਰ, ਡਾਇਰੈਕਟਰ, ਸਿੱਖਿਆ ਭਰਤੀ ਡਾਇਰੈਕਟੋਰੇਟ, ਪੰਜਾਬ

ਫੋਜ-3ਬੀ1 (ਸੈਕਟਰ-60) ਐਸ.ਏ.ਐਸ ਨਗਰ(ਮੋਹਾਲੀ)

ਈ-ਮੇਲ:- recruitment@punjabeducation.gov.in

ਫੋਨ ਨੰ: 0172-3115378

ਨੰਬਰ:- ਈ-1147259/ਭ.ਡ.(4)/ਈ-1146456/ਭ.ਡ.(6)/ 2026252369

ਮਿਤੀ, ਐਸ.ਏ.ਐਸ.ਨਗਰ:- 14-09-2026

ਪਬਲਿਕ ਨੋਟਿਸ

ਸਕੂਲ ਸਿੱਖਿਆ ਵਿਭਾਗ, ਪੰਜਾਬ ਵੱਲੋਂ ਲੈਕਚਰਾਰ ਕਾਡਰ ਦੇ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਵਿਸ਼ਿਆਂ ਦੀਆਂ, ਬੈਕਲਾਗ ਦੀਆਂ ਅਸਾਮੀਆਂ ਅਤੇ ਨਵੀਆਂ ਅਸਾਮੀਆਂ ਭਰਨ ਲਈ, ਵਿਗਿਆਪਨਾਂ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਲਿਖਤੀ ਟੈਸਟ ਲੈਣ ਲਈ ਪਬਲਿਕ ਨੋਟਿਸ ਨੰਬਰ:ਈ-1159170/ਭ.ਡ.(4)/ਭ.ਡ.(6)/ 2026233623 ਮਿਤੀ 31-08-2026 ਰਾਹੀਂ ਡੇਟਸ਼ੀਟ ਜਾਰੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ।

ਵੱਖਰੇ ਤੌਰ ਤੇ ਸਮਰੱਥ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ (ਸਿਰਫ ਅੰਨ੍ਹੇ ਅਤੇ ਹੱਥਾਂ ਤੋਂ ਅਪਾਹਜ) ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਨਾਲ ਲੇਖਕ ਰੱਖਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਹੈ। ਅਜਿਹੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਉਮੀਦਵਾਰ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸੱਚਾਈ ਸਾਬਤ ਕਰਨੀ ਪਵੇਗੀ ਅਤੇ ਲੇਖਕਾਂ ਦੇ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਦਿਖਾਉਣੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋਣਗੇ। ਲੇਖਕ ਦੀ ਵਿੱਦਿਅਕ ਯੋਗਤਾ ਦਸਵੀਂ ਜਾਂ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ 10+2 ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਲੇਖਕ ਦੀ ਉਮਰ 20 ਸਾਲ ਜਾਂ ਉਸ ਤੋਂ ਘੱਟ ਦੀ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਉਮੀਦਵਾਰ ਲੇਖਕ ਦੇ ਆਖ਼ਰੀ ਅਟੈਂਡ ਕੀਤੇ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚੋਂ ਉਸ ਦੇ ਤੱਥਾਂ ਨੂੰ ਵੈਰੀਫਾਈ ਕਰਵਾ ਕੇ ਲੈ ਕੇ ਆਉਣਗੇ। ਅਜਿਹੇ ਉਮੀਦਵਾਰ ਪ੍ਰੀਖਿਆ ਤੋਂ ਤਿੰਨ ਦਿਨ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸ ਸਬੰਧੀ ਆਪਣੀ ਪ੍ਰਤੀਬੇਨਤੀ ਸਮੇਤ ਲੇਖਕ ਦੇ ਵੇਰਵੇ ਸਿੱਖਿਆ ਭਰਤੀ ਡਾਇਰੈਕਟੋਰੇਟ ਨੂੰ ਈ-ਮੇਲ lecturerwriter2026@gmail.com ਤੇ ਭੇਜਣਗੇ। ਵੱਖਰੇ ਤੌਰ ਤੇ ਸਮਰੱਥ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰੀਖਿਆ ਲਈ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 20 ਮਿੰਟ ਪ੍ਰਤੀ ਘੰਟਾ ਵੱਧ ਸਮਾਂ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।

Mam
14/09/2026

ਸਹਾਇਕ ਡਾਇਰੈਕਟਰ

ਸਿੱਖਿਆ ਭਰਤੀ ਡਾਇਰੈਕਟੋਰੇਟ, ਪੰਜਾਬ

APPENDIX- I

Certificate regarding physical limitation in an examinee to write

This is to certify that, I have examined Mr/Ms/Mrs _____ (name of the candidate with disability), a person with _____ (nature and percentage of disability as mentioned in the certificate of disability), S/o/D/o _____, a resident of _____ (Village/District/State) and to state that he/she has physical limitation which hampers his/her writing capabilities owing to his/her disability.

Signature

Chief Medical Officer/Civil Surgeon/ Medical Superintendent of a
Government health care institution

Name & Designation.

Name of Government Hospital/Health Care Centre with Seal

Place:

Date:

Note:

Certificate should be given by a specialist of the relevant stream/disability (eg. Visual impairment – Ophthalmologist, Locomotor disability – Orthopaedic specialist/PMR).

Letter of Undertaking for Using Own Scribe

I _____, a candidate with _____ (name of the disability) appearing for the _____ (name of the examination) bearing Roll No. _____ at _____ (name of the centre) in the District _____ (name of the State). My qualification is _____.

I do hereby state that _____ (name of the scribe) will provide the service of scribe/reader/lab assistant for the undersigned for taking the aforesaid examination.

I do hereby undertake that his qualification is _____. In case, subsequently it is found that his qualification is not as declared by the undersigned and is beyond my qualification, I shall forfeit my right to the post and claims relating thereto.

(Signature of the candidate with Disability)

Place:

Date: