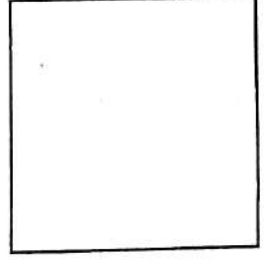


प्रारूप क्रमांक 01

पैरामेडिकल पाठ्यक्रम हेतु आवेदन का प्रारूप शैक्षणिक सत्र 2020-21

प्रति,

अधिष्ठाता एवं मुख्यकार्यपालन अधिकारी,
बुंदेलखण्ड चिकित्सा महाविद्यालय,
सागर (म.प्र.)



डिमाण्ड ड्राफ्ट क्रमांक/रसीद क्रमांक	दिनांक	राशि

1. Name of Candidate in Capital Letter:

आवेदक का नाम स्पष्ट अक्षरों में (हिन्दी में):

2. Sex (F/ M):

3. Category (श्रेणी): SC/ST/OBC/UR

4. Name Of Father In Capital Letter :Mr.....

पिता का नाम (हिन्दी में): श्री

पिता का व्यवसाय: वार्षिक आय :.....

पिता का फोन/मोबाईल नं.....

5. Name Of Mother In Capital Letter :Smt.

माता का नाम (हिन्दी में): श्री

माता का व्यवसाय: वार्षिक आय :.....

6. जन्म तिथि (Date Of Birth): अंकों में -..... (dd/mm /yyyy)

शब्दों में-

7. Permanent Full Address In Capital Letter :


अधिष्ठाता
बुंदेलखण्ड चिकित्सा महाविद्यालय
सागर (म.प्र.)

पूर्ण स्थाई पता (हिन्दी में):

.....पिन कोड:-.....

8. वर्तमान पता पिन कोड सहित :

9. आवेदक का मोबाइल नम्बर : (1)(2).....

आवेदक की ई-आई.डी. :आवेदक के पिता का मोबाइल नं.:.....

10. आवेदक का आधार कार्ड नं. :

आधार कार्ड नं. (पिता):..... (माता):.....

11. विवाहित स्थिति :- विवाहित/अविवाहित. विवाह का दिनांक

12. बच्चों की संख्या.....क्या द्वितीय बच्चा जुड़वा है - हाँ/नहीं

13. क्या आवेदक म.प्र. का मूल निवासी है:(हां/नहीं)

14. क्या आवेदक शासकीय सेवारत कर्मचारी है :.....(हां/नहीं)


बुन्देलखण्ड विश्वविद्यालय
सागर (म.प्र.)

प्रारूप कर्मांक-2

प्रमाण-पत्र/अभिलेखों की स्कूटनी, संबंधी प्रोफार्मा

बुन्देलखण्ड चिकित्सा महाविद्यालय सागर के पेरामेडिकल पाठ्यक्रम में प्रवेश हेतु भाग-अ (अभ्यर्थी द्वारा भरा जाए)

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि आवेदन-पत्र में दी गई समस्त जानकारी एवं संलग्न दस्तावेज पूर्णतः सत्य है। सत्यापन पश्चात् दी गई जानकारी एवं दस्तावेज असत्य पाए जाने पर मेरा प्रवेश निरस्त किया जा सकेगा तथा मेरे खिलाफ वैधानिक कार्यवाही की जा सकेगी। साथ ही इस संस्था में प्रवेश के पश्चात् अन्य किसी संस्था/विश्वविद्यालय में किसी भी पाठ्यक्रम में प्रवेश नहीं लूंगा और ना ही अध्ययन करूंगा और ना ही अन्य संस्था से शासन द्वारा किसी भी प्रकार की आर्थिक सहायता का लाभ प्राप्त करूंगा। यदि मेरे द्वारा ऐसा किया जाता है, तो मेरे खिलाफ वैधानिक कार्यवाही की जा सकती है एवं प्रवेश निरस्त किया जा सकेगा, जिसके लिए मैं स्वयं उत्तरदायी होऊंगा। मैं नियमों में दिये गये उपबंधों के अधीन काउंसिलिंग में भाग ले रहा/रही हूँ।

मैं आवंटन के अनुक्रम में प्रवेश हेतु मूल प्रमाणपत्र/ अभिलेख प्रस्तुत कर रहा/रही हूँ :-

1. पूरा नाम _____
2. माता/पिता/पति/अभिभावक का पूरा नाम _____
3. पूरा पता _____
4. श्रेणी (अनारक्षित/अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति/
अन्य पिछड़ा वर्ग/आर्थिक रूप से कमजोर वर्ग ई.डब्ल्यू.एस)/सेवास्त

5. प्रवर्ग-(सैनिक, स्वतंत्रता संग्राम सेनानी, दिव्यांग)
6. अभ्यर्थी का मोबाईल फोन नं. एवं ई-मेल आई.डी.नं. _____
7. पिता का मोबाईल नं. _____
8. आवेदन कं० एवं आवंटित पाठ्यक्रम का नाम _____
9. वरीयता कं० (Rank NO. In Service/E.W.S./UR/SC/ST/OBC/OPH) _____

मूल प्रमाण पत्र/अभिलेख जो प्रस्तुत कर रहे हैं उनके सामने सही (✓) का चिन्ह लगायें

1. एम.पी. ऑनलाईन के आवेदन की छायाप्रति ।
2. 1000/- की रसीद की छायाप्रति ।
3. हाई स्कूल परीक्षा उत्तीर्ण की अंकसूची ।
4. हायर सेकेंडरी परीक्षा उत्तीर्ण की अंकसूची ।
5. अंतिम वर्ष उत्तीर्ण अंकसूची ।
6. आयु प्रमाण के लिए हाई स्कूल, अथवा समकक्ष परीक्षा उत्तीर्ण करने के प्रमाण पत्र/अंकसूची की मूल प्रति जिसमें आयु का उल्लेख हो ।
7. आधार कार्ड की फोटोकॉपी ।
8. स्थानांतरण प्रमाण पत्र ।
9. प्रवर्जन प्रमाण पत्र ।
10. मध्यप्रदेश का मूल निवासी/स्थानीय निवासी होने संबंधी सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाण पत्र । अभ्यर्थी के व्यस्क न होने की दशा में उसके माता/पिता के मूल निवासी प्रमाण पत्र में अभ्यर्थी का नाम अंकित हो ।
11. सक्षम अधिकारी द्वारा जारी मध्यप्रदेश राज्य में आरक्षित श्रेणी (जाति प्रमाण-पत्र) का स्थायी जाति प्रमाण-पत्र ।
12. आर्थिक रूप से कमजोर वर्ग (ई. डब्ल्यू. एस.) के अभ्यर्थियों को मध्यप्रदेश राज्य शासन के सक्षम अधिकारी द्वारा वर्तमान वर्ष में जारी किया गया प्रमाण पत्र ।
13. वर्तमान वर्ष का तहसीलदार/नायब तहसीलदार द्वारा जारी आय प्रमाण पत्र अथवा अभ्यर्थी द्वारा स्वहस्ताक्षरित घोषणा पत्र (अन्य पिछड़ा वर्ग के अभ्यर्थियों में डीमी/नॉनडीमी लेयर के निर्धारण हेतु)
14. दिव्यांग प्रवर्ग के अभ्यर्थियों को सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाण-पत्र ।
15. विभागीय कर्मचारियों को सक्षम अधिकारी द्वारा जारी अनापत्ति प्रमाण पत्र ।
16. गेप सर्टिफिकेट शपथ-पत्र ।

स्थान _____

अभ्यर्थी के हस्ता

दिनांक _____ समय _____

नाम _____

बुन्देलखण्ड चिकित्सा महाविद्यालय सागर (म.प्र.)

प्रारूप कमांक-2

प्रमाण-पत्र/अभिलेखों की स्कूटनी, संबंधी प्रोफार्मा

बुन्देलखण्ड चिकित्सा महाविद्यालय सागर के पेरामेडिकल पाठ्यक्रम में प्रवेश हेतु भाग-अ (अभ्यर्थी द्वारा भरा जाए)

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि आवेदन-पत्र में दी गई समस्त जानकारी एवं संलग्न दस्तावेज पूर्णतः सत्य है। सत्यापन पश्चात् दी गई जानकारी एवं दस्तावेज असत्य पाए जाने पर मेरा प्रवेश निरस्त किया जा सकेगा तथा मेरे खिलाफ वैधानिक कार्यवाही की जा सकेगी। साथ ही इस संस्था में प्रवेश के पश्चात् अन्य किसी संस्था/विश्वविद्यालय में किसी भी पाठ्यक्रम में प्रवेश नहीं लूंगा और ना ही अध्ययन करूंगा और ना ही अन्य संस्था से शासन द्वारा किसी भी प्रकार की आर्थिक सहायता का लाभ प्राप्त करूंगा। यदि मेरे द्वारा ऐसा किया जाता है, तो मेरे खिलाफ वैधानिक कार्यवाही की जा सकती है एवं प्रवेश निरस्त किया जा सकेगा, जिसके लिए मैं स्वयं उत्तरदायी होऊंगा। मैं नियमों में दिये गये उपबंधों के अधीन काउंसिलिंग में भाग ले रहा/रही हूँ।

मैं आवंटन के अनुक्रम में प्रवेश हेतु मूल प्रमाणपत्र/ अभिलेख प्रस्तुत कर रहा/रही हूँ :-

1. पूरा नाम
2. माता/पिता/पति/अभिभावक का पूरा नाम
3. पूरा पता
4. श्रेणी (अनारक्षित/अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति/
अन्य पिछड़ा वर्ग/आर्थिक रूप से कमजोर वर्ग ई.डब्ल्यू.एस)/सेवारत
5. प्रवर्ग-(सैनिक, स्वतंत्रता संग्राम सैनानी, दिव्यांग)
6. अभ्यर्थी का मोबाईल फोन नं. एवं ई-मेल आई.डी.नं.
7. पिता का मोबाईल नं.
8. आवेदन क्र० एवं आवंटित पाठ्यक्रम का नाम
9. वरीयता क्र० (Rank NO. In Service/E.W.S./UR/SC/ST/OBC/OPH)

मूल प्रमाण पत्र/अभिलेख जो प्रस्तुत कर रहे है उनके सामने सही (✓) का चिन्ह लगायें

1. एम.पी. ऑनलाईन के आवेदन की छायाप्रति ।
2. 1000/- की रसीद की छायाप्रति ।
3. हाई स्कूल परीक्षा उत्तीर्ण की अंकसूची ।
4. हायर सेकेण्डरी परीक्षा उत्तीर्ण की अंकसूची ।
5. अंतिम वर्ष उत्तीर्ण अंकसूची ।
6. आयु प्रमाण के लिए हाई स्कूल, अथवा समकक्ष परीक्षा उत्तीर्ण करने के प्रमाण पत्र/अंकसूची की मूल प्रति जिसमें आयु का उल्लेख हो ।
7. आधार कार्ड की फोटोकॉपी ।
8. स्थानांतरण प्रमाण पत्र ।
9. प्रवर्जन प्रमाण पत्र ।
10. मध्यप्रदेश का मूल निवासी/स्थानीय निवासी होने संबंधी सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाण पत्र । अभ्यर्थी के व्यस्क न होने की दशा में उसके माता/पिता के मूल निवासी प्रमाण पत्र में अभ्यर्थी का नाम अंकित हो ।
11. सक्षम अधिकारी द्वारा जारी मध्यप्रदेश राज्य में आरक्षित श्रेणी (जाति प्रमाण-पत्र) का स्थायी जाति प्रमाण-पत्र ।
12. आर्थिक रूप से कमजोर वर्ग (ई. डब्ल्यू. एस.) के अभ्यर्थियों को मध्यप्रदेश राज्य शासन के सक्षम अधिकारी द्वारा वर्तमान वर्ष में जारी किया गया प्रमाण पत्र ।
13. वर्तमान वर्ष का तहसीलदार/नायब तहसीलदार द्वारा जारी आय प्रमाण पत्र अथवा अभ्यर्थी द्वारा स्वहस्ताक्षरित घोषणा पत्र (अन्य पिछड़ा वर्ग के अभ्यर्थियों में क्रीमी/नॉनक्रीमी लेयर के निर्धारण हेतु)
14. दिव्यांग प्रवर्ग के अभ्यर्थियों को सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाण-पत्र ।
15. विभागीय कर्मचारियों को सक्षम अधिकारी द्वारा जारी अनापत्ति प्रमाण पत्र।
16. गोप सर्टिफिकेट शपथ-पत्र ।

स्थान.....

अभ्यर्थी के हस्ता.

दिनांकसमय.....

नाम.....

बुन्देलखण्ड चिकित्सा महाविद्यालय सागर (म.प्र.)

(कार्यालयीन उपयोग हेतु)

1. पूरा नाम
2. माता/पिता/पति/अभिभावक का पूरा नाम
3. पूरा पता
4. श्रेणी (अनारक्षित/अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति/
अन्य पिछड़ा वर्ग/आर्थिक रूप से कमजोर वर्ग ई.डब्ल्यू.एस)/सेवारत
5. प्रवर्ग-(सैनिक, स्वतंत्रता संग्राम सैनानी, दिव्यांग)
6. अभ्यर्थी का मोबाईल फोन नं. एवं ई-मेल आई.डी.नं.
7. पिता का मोबाईल नं.
8. आवेदन क्र० एवं आवटित पाठ्यक्रम का नाम
9. वरीयता क्र० (Rank NO. In Service/E.W.S./UR/SC/ST/OBC/OPH)

सरल क्र. 01 से 16 में उल्लेखित संबंधित अभ्यर्थी के दस्तावेजों का परीक्षण किया गया। परीक्षण उपरांत पैरामेडिकल पाठ्यक्रम की स्कूटनी हेतु पात्र हैं।


अथवा

निम्नलिखित दस्तावेजों के अभाव में अपात्र घोषित किये जाते हैं:-

1.
2.
3.
4.

हस्ताक्षर परीक्षण समिति :-

1.
2.
3.


अभिजाता
बुन्देलखण्ड चिकित्सा महाविद्यालय,
सागर (म.प्र.)

प्रारूप क्रमांक-03

अभ्यर्थी के लिए
चिकित्सीय महाविद्यालय/संस्थान के अधीन पैरामेडिकल सीट की स्वीकृति/अस्वीकृति कार्य

काउंसिलिंग का स्थान-.....

मैं.....पुत्र/पुत्री.....

पता.....

आवेदन क्रं.....ने बुन्देलखण्ड चिकित्सा महाविद्यालय सागर के
पैरामेडिकल पाठ्यक्रम में प्रवेश हेतु वरीयता क्रमांक सेवारत/आर्थिक पिछड़ा वर्ग/अना./अ.जा./अ.ज.जा.
/अ.पि.व/दिवांग.....प्राप्त किया है ।

1. क. मैं उपयुक्त नामित पैरामेडिकल पाठ्यक्रम में नामांकन के लिए चिकित्सा महाविद्यालय सागर
में अपनी वरीयता स्थान पर उपलब्ध सीटों में से (विषय)
(विषय कोड.....) आरक्षण बिन्दु क्रमांक.....पर एक सीट का चयन करता/करती हूँ।*

अथवा

ख. मैं द्वितीय/अगली काउंसिलिंग में अपने दावे को बरकरार रखता हूँ ।*

अथवा

ग. मैं उपयुक्त नामित बुन्देलखण्ड चिकित्सा महाविद्यालय सागर में अपने वरीयता स्थान पर उपलब्ध
सीट को अस्वीकृत करते हुये अपने दावे का त्याग करता/करती हूँ ।*

2. मैं इससे अवगत हूँ कि

(क) मेरे द्वारा चयनित महाविद्यालय/संस्थान में पैरामेडिकल पाठ्यक्रम की सीट मध्यप्रदेश
पैरामेडिकल काउंसिल से अनुमोदित/अनुमति प्राप्त है ।

(ख) वजीफा/सत्र की शुरुआत/शुल्क एवं अन्य प्रभारी की जमा की वापसी/ बॉड के निष्पादन/
ग्रामीण/शहरी क्षेत्रों में सेवा/अपेक्षित दस्तावेज यदि कोई है की प्रस्तुति आदि के संबंध में सभी शर्त
संबंधित महाविद्यालय/विश्वविद्यालय/राज्य सरकार के नियमानुसार ही होगा ।

3. मैंने सभी सूचनाएं/नियम आदि को पढ़ लिया है ।

स्थान.....

अभ्यर्थी के हस्ता.

दिनांकसमय.....

नाम.....

Rank NO. In Service/E.W.S./UR/SC/ST/OBC/OPH.....

* जो लागू न हो उसे काट दे ।

नोट- मूल आवंटन पत्र स्वागत कक्ष से सत्र विशेष के समापन पर काउंसिलिंग के दिन ही इस फार्म का
फोटोकॉपी, वरीयता पत्र तथा उपस्थिति कार्य के प्रस्तुत करने बाद उसी व्यक्ति को मिलेगा जिसने
काउंसिलिंग में भाग लिया है ।

अभिधाना
बुन्देलखण्ड चिकित्सा महाविद्यालय
सागर (म.प्र.)

प्रारूप कमांक-04
// घोषणा-पत्र //

मैं पुत्र/पुत्री/पत्नि..... बुन्देलखण्ड चिकित्सा महाविद्यालय सागर में पैरामेडिकल पाठ्यक्रम में प्रवेश के समय एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि आवेदन-पत्र में दी गई समस्त जानकारी एवं संलग्न दस्तावेज पूर्णतः सत्य है। सत्यापन पश्चात् दी गई जानकारी एवं दस्तावेज असत्य पाए जाने पर मेरा प्रवेश निरस्त किया जा सकेगा तथा मेरे खिलाफ वैधानिक कार्यवाही की जा सकेगी। साथ ही इस संस्था में प्रवेश के पश्चात् अन्य किसी संस्था/विश्वविद्यालय में किसी भी पाठ्यक्रम में प्रवेश नहीं लूंगा और ना ही अध्ययन करूंगा और ना ही अन्य संस्था से शासन द्वारा किसी भी प्रकार की आर्थिक सहायता का लाभ प्राप्त करूंगा। मैं प्रतिज्ञा करता/करती हूँ कि मैं किसी भी ऐसे कार्य में लिप्त नहीं होगा/होगी जिससे की बुन्देलखण्ड चिकित्सा महाविद्यालय सागर की छवि खराब हो। मैं शपथ लेता/लेती हूँ कि मैं सिद्धांतिक एवं प्रायोगिक कक्षा में नियमित रहूंगा/रहूंगी और किसी भी गैरअनुशासनात्मक कार्य जैसे कि रेगिंग, बहस, लड़ाई इत्यादि में भाग नहीं लूंगा/लूंगी। यदि मेरे द्वारा ऐसा किया जाता है, तो मेरे खिलाफ वैधानिक कार्यवाही की जा सकती है एवं प्रवेश निरस्त किया जा सकेगा, जिसके लिए मैं स्वयं उत्तरदायी होऊंगा। उक्त पाठ्यक्रम हेतु निम्नलिखित दस्तावेज जमा किये जा रहे हैं:-

क.	दस्तावेज	हां/नहीं/लागू नहीं (अभ्यर्थी द्वारा पूर्ण किया जावे)
1	शेष फीस की राशि की रसीद की छायाप्रति।	
2	सीट आवंटन पत्र की छायाप्रति।	
3	आधार कार्ड की छायाप्रति।	
4	10वीं बोर्ड परीक्षा की मूल अंकसूची /जन्म प्रमाण पत्र	
5	12 वीं बोर्ड परीक्षा मूल अंकसूची।	
6	अंतिम वर्ष अंकसूची की मूल प्रति।/गेप सर्टिफिकेट शपथ पत्र।	
7	सक्षम अधिकारी द्वारा जारी म.प्र. के मूल/स्थानीय निवासी प्रमाण पत्र की मूल प्रति।	
8	सक्षम अधिकारी द्वारा जारी जाति प्रमाण पत्र/ई.डब्ल्यू.एस. प्रमाणपत्र की मूल प्रति।(आरक्षित संवर्ग हेतु)	
9	वर्ष 2020/2021 में जारी आय प्रमाण पत्र की मूल प्रति (आरक्षित श्रेणी के अभ्यर्थियों हेतु)	
10	विकलांग/ई.डब्ल्यू.एस प्रमाण पत्र की मूल प्रति।	
11	प्रर्वजन प्रमाण पत्र की मूल प्रति।	
12	स्थानांतरण प्रमाण पत्र की मूल प्रति।	
13	10 पासपोर्ट साईज फोटो।	
14	ALL DOCUMENT (CD/D.V.D.) JPEG, JPG, GIF, or PNG (Size 200 to 220 kb)	
15	मूल नियोक्ता द्वारा जारी अनापत्ति प्रमाण-पत्र/कार्यमुक्त प्रमाण पत्र (सेवारत अभ्यर्थी हेतु)	

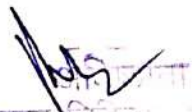
आवेदक के हस्ताक्षर/नाम/पता

अविभावक के हस्ताक्षर/नाम/पता

गवाह के हस्ताक्षर/नाम/पता

दिनांक:-

स्थान:-


बुन्देलखण्ड चिकित्सा महाविद्यालय
सागर (म.प्र.)

GOVT. BUNDELKHAND MEDICAL COLLEGE SAGAR (M.P.)

S.NO. /Para.Sec./2021

Sagar, Date / /2021

This is certify that Mr./Ms.....

Father Name.....Application No.....

is admitted in.....Paramedical Coures in this College through on Date.....2021 and the following Original Documents are with the College authority.

S.No.	NAME OF DOCUMENT	ORIGINAL (YES/NO)
1	Allotment Letter (1 Copy)	
2	10th Mark Sheet & Certificate (Date of Birth)	
3	12 th Mark Sheet (Subjects)	
4	Last year passing Mark Sheet	
5	Domicile Certifcate	
6	Cast Certificate (SC/ST/OBC)	
7	Parents Annual Income Certificate	
8	Migration Certificate	
9	Transfer Certificate	
10	PH/EWS Certificate	
11	Aadhar Card (Coloured 01 Copy)	
12	10 Pass Port Size Photo	
13	Gap Certificate	
14	ALL DOCUMENT (CD/D.V.D.) JPEG, JPG, GIF, or PNG (Size 200 to 220 kb)	
15	Decleration Form No. 04	

Signature Of Student/Name

Father Name and Mo.No.

MEDICAL CHECK UP PROFORMA (2020-2021)

STUDENT NAME -----APP. NO.....

FATHER'S NAME.....

COURSE NAME.....

SURGERY SIGNATURE.....

ORTHOPEDIC SIGNATURE.....

E. N. T. SIGNATURE.....

GYNAECOLOGY SIGNATURE.....

OPHTHALMOLOGY

Visual Acuity

Colour Vision SIGNATURE.....

PATHOLOGY

Blood Group

Routine

Urine

Microscopic

SIGNATURE.....

MEDICINE

Final Remark by Medicine department Fit/Unfit

.....SIGNATURE.....

आर्य समाज
सागर (म.प्र.)
अस्पताल