



**परीक्षार्थी द्वारा घोषणा / Declaration by the Student**

मैं एतद्वारा घोषणा करता / करती हूँ कि मैंने उपरोक्त परीक्षा कार्यक्रम **भारतीय प्राथमिक चिकित्सा परिषद** की विवरणिका (प्रॉस्पेक्ट्स) पढ़ व समझ ली है तथा मान्यता सम्बन्धी स्थिति से पूर्णतः संतुष्टी उपरान्त की परीक्षा हेतु आवेदन किया है / कर रहा / रही हूँ। मेरे पास इस परीक्षा हेतु न्यूनतम आवश्यक योग्यता है तथा आवेदन पत्र में प्रस्तुत विवरण सत्य है किसी भी स्तर पर विवरण असत्य पाया गया तो विश्वविद्यालय का अधिकार होगा कि मेरी परीक्षा निरस्त कर दें अथवा मुझे परीक्षा में सम्मिलित होने से रोक दें। मैं विश्वविद्यालय के नियम / उपनियम पालन करने का वचन देता / देती हूँ।

**भारतीय प्राथमिक चिकित्सा परिषद** की परीक्षा में सम्मिलित होने हेतु आवेदक द्वारा निम्न घोषणा देना अनिवार्य है।

मैंने **भारतीय प्राथमिक चिकित्सा परिषद** द्वारा संचालित पाठ्यक्रमों की मान्यता / नियम एवं उपनियमों की जानकारी कर ली है, पूर्ण संतुष्टि उपरान्त ही आवेदन कर रहा / रही हूँ। भविष्य में किसी भी स्थिति में विश्वविद्यालय के नियमों के विपरीत नहीं जाऊंगा / जाऊंगी।

माता पिता / अभिभावक के प्रतिहस्ताक्षर (तिथि सहित)

Countersignatures of Parent / Guardian Date.....

शिक्षार्थी के हस्ताक्षर

Signature of Candidate

Date.....

**संलग्नकों की जाँच सूची सही बाक्स में (tick) चिह्न लगाएँ / CHECKLIST OF ENCLOSURES Please tick**

प्रवेश फॉर्म की दूसरी प्रति / Duplicate copy of the admission form  शैक्षिक योग्यता संबंधी प्रमाण पत्र / Certificate Educational qualification

अच्छी तरह से चिपगाई गई फोटो / Photograph duly pasted  अनुभव प्रमाणपत्र (यदि लागू हो) / Experience Certificate, if applicable

जन्मतिथि प्रमाणपत्र / Certificate of Date of Birth  आधार कार्ड अनिवार्य / Aadhar Card Mandatory

उक्त पाठ्यक्रम कौशल योग्यता हेतु आवेदित है। उच्च शिक्षा व रोजगार राज्य शासनानुसार लागू होंगे।

तिथि / Dated : .....

Full Signatures with seal of Extension Centre

केंद्र के पूर्ण हस्ताक्षर मुहर सहित

**FOR OFFICE USE ONLY**

केवल कार्यालय उपयोग के लिए