

उत्तर प्रदेश स्टेट मेडिकल फैकल्टी

5, सर्वपल्ली, माल एवेन्यू रोड, लखनऊ - 226001

फोन : 0522 - 2238846, 2236600, फैक्स : 0522-2237800



पत्रांक सं० 12207/18

दिनांक 20/12/18

अति महत्वपूर्ण / उच्च प्राथमिकता

सेवा में,

समस्त नर्सिंग/पैरामेडिकल प्रशिक्षण केन्द्र (शासकीय/निजी क्षेत्र)
उत्तर प्रदेश।

विषय—सत्र 2018-19 के छात्र/छात्राओं के इनरोलड के संबंध में।

महोदय/महोदया,

कृपया उपर्युक्त विषयक समस्त नर्सिंग/पैरामेडिकल प्रशिक्षण केन्द्रों को निर्देशित किया जाता है कि सत्र 2018-19 के समस्त प्रवेशित/इनरोलड (नामांकित) छात्र/छात्राओं के शैक्षिक प्रमाण-पत्र, निर्धारित विषय, बोर्ड की समकक्षता मानकानुसार एवं जन्मतिथि का सत्यापन संस्थान स्वयं अपने स्तर से करेंगे। उक्त कार्य में किसी भी प्रकार की त्रुटि पायी जाती है तो उसकी समस्त जिम्मेदारी स्वयं संस्थान की होगी। उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी के कन्ट्रोल पैनल पर संस्थान द्वारा उपलब्ध कराये गये इनरोलड डाटा को ही सही मान कर प्रशिक्षण की कार्यवाही सुनिश्चित की जायेगी।

उक्त की सत्यता हेतु संस्थान द्वारा निम्नलिखित प्रारूप पर शपथ-पत्र रूपये 100/-के स्टाम्प पेपर पर नोटरी द्वारा सत्यापित कराके कार्यालय में अवश्य उपलब्ध कराये।

समक्ष:-सचिव, उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी, लखनऊ।

शपथ-पत्र

1. मैं(स्वयं का नाम एवं पद नाम लिखें) शपथ पूर्वक प्रमाणित करता हूँ/करती हूँ कि मेरी संस्था(संस्था का नाम एवं कोड संख्या)के द्वारा नर्सिंग/पैरामेडिकल डिप्लोमा (.....(कोर्स का नाम लिखें).....) में प्रवेशित/इनरोलड समस्त छात्र/छात्राओं के शैक्षिक प्रमाण-पत्र, निर्धारित विषय, बोर्ड की समकक्षता एवं जन्मतिथि का सत्यापन मेरे द्वारा भली-भाँति किया गया है, जो सत्य एवं सही है। उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी की वेबसाइट पर सेण्टर लॉगिन पैनल पर की गयी इनरोलमेन्ट इन्ट्री को भी सत्यापित करता हूँ।
2. मैं बचन देता हूँ/देती हूँ कि भविष्य में छात्र/छात्राओं के शैक्षिक प्रमाण-पत्र, बोर्ड की समकक्षता एवं जन्मतिथि संबंधी किसी भी प्रकार की त्रुटि/गलत पाया जाता है तो उसकी समस्त जिम्मेदारी स्वयं मेरे संस्थान की होगी।
3. संस्थान द्वारा उपलब्ध कराये गये इनरोलड डाटा गलत/त्रुटिपूर्ण पाया जाता है तो संस्थान के विरुद्ध जो भी कार्यवाही/दिशा-निर्देश उ0प्र0 मेडिकल फैकल्टी द्वारा जारी किये जायेंगे उसका संस्थान अक्षरांशः पालन करेगा एवं उसकी पूर्ण जिम्मेदारी मेरी होगी।

(प्रबन्धक/सक्षम प्राधिकारी)

(प्रधानाचार्य)

हस्ताक्षर एवं पूरा नाम, पता एवं मोबाइल नम्बर

हस्ताक्षर एवं पूरा नाम, पता एवं मोबाइल नम्बर

भवदीय,

सचिव,

उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी