

AFFIDIVATE
(Post Graduate)

मी प्रतिज्ञार्थी शपथवार जाहीर करतो की,

१. मी महाराष्ट्र राज्याचा स्थायी रहिवासी असून खालील नमुद पत्त्यावर राहतो.
२. मी डॉ. _____ शासकीय वैद्यकीय महाविद्यालय अकोला येथे सन _____ या शैक्षणिक वर्षी प्रवेशित झालेलो आहे.
३. मी अंतिम वर्ष एम्बीबीएस _____ या वर्षी उत्तीर्ण झालेलो असून माझा आंतरवासीयता कालावधी हा दिनांक _____ ते दिनांक _____ पर्यंत होता.
४. मी महाराष्ट्र शासनाचा _____ वर्षाकरिता बंधपत्रीत उमेदवार आहे.
५. माझी सन २० - _____ या शैक्षणिक सत्राकरिता पदव्युत्तर अभ्यासक्रमाच्या या विषयाकरिता निवड झालेली असल्याने (**Selection Order**)/मुलाखतीकरिता (**For Counseling**)/ _____ या संस्थेमध्ये प्रवेश घ्यावयाचा असल्याने मला शाळा सोडण्याचा दाखल्याची (**Transfer Certificate**) आवश्यकता आहे. करिता मला उपलब्ध करून देण्यात यावे.

प्रवेशाचा तपशील खालीलप्रमाणे

- अ. अभ्यासक्रमाचे नांव _____
- ब. प्रवेश घेतलेल्या महाविद्यालयाचा पुर्ण पत्ता _____

- क. प्रवेश कालावधीत विद्यार्थ्यांचा निवासाचा पत्ता _____

- दुरध्वनी क्रंमाक _____
- ड. विद्यार्थ्यांचा मुळ निवासस्थानाचा संपुर्ण पत्ता _____
दुरध्वनी क्रंमाक _____

६. मी पदव्युत्तर अभ्यासक्रमाचे शिक्षण पुर्ण झाल्यावर राज्यातील बंधपत्राची शासन सेवा पुर्ण करील किंवा बंधपत्राची दंडाची पुर्ण रक्कम व्याजासह भरून देण्यास मी बांधील राहील.
 ७. वरील अट पुर्ण न केल्यास मी राज्य शासनाने नमुद केलेल्या शिक्षेस पात्र राहील.
- सबब शपथपत्र सादर.....

अकोला
दिनांक

प्रतिज्ञार्थी
