



हेमवती नन्दन बहुगुणा उत्तराखण्ड चिकित्सा शिक्षा विश्वविद्यालय देहरादून

शासनादेशसंख्या:—649 / XXXIV(3)/2016-01(30)/2015 दिनांक 14 दिसम्बर, 2016

महाविद्यालय / शिक्षण संस्थान की अस्थाई सम्बद्धता / सम्बद्धता विस्तारण / सीट वृद्धि / स्थायी सम्बद्धता हेतु आवेदन व निरीक्षण प्रपत्र का प्रारूप
नोट: (1) प्रत्येक पाठ्यक्रम हेतु पृथक आवेदन करना अनिवार्य है तथा प्रत्येक आवेदन पत्र तीन प्रतियों में जमा करना है।

(2) यदि प्रपत्र में उल्लिखित बिन्दु, विषय से सम्बंधित नहीं है तो उसके सम्मुख 'नागू नहीं' लिखा जाए, 'X' का चिन्ह न बनाया जाय।

(3) महाविद्यालय / संस्थान प्रपत्र में अंकित सूचनाओं के अतिरिक्त यदि अन्य कोई सूचना उपलब्ध कराना चाहता है, तो पृथक से सूचना उपलब्ध कराई जा सकती है।

भाग— I

1. महाविद्यालय / शिक्षण संस्थान का नाम	
2. महाविद्यालय / संस्थान का पूरा पता	
3. महाविद्यालय / संस्थान की स्थापना का वर्ष	
4. महाविद्यालय / संस्थान की वेबसाइट व ई-मेल	
5. महाविद्यालय / संस्थान के दूरभाष (सम्पर्क व्यक्ति के नाम व मोबाईल नम्बर सहित)	
6. यूजी०सी० अधिनियम की धारा 2(F) / 12(B) से आच्छादन की स्थिति	
7. महाविद्यालय / संस्थान की प्रकृति (i) राजकीय अनुदानित निजी अन्य (कृपया स्पष्ट करें)	
8. प्रस्तावक संस्था का नाम	
9. प्रस्तावक संस्था का पता व दूरभाष	
10. प्रस्तावक संस्था की प्रकृति (i) सोसाइटी (ii) न्यास (iii) अन्य (कृपया स्पष्ट करें) (प्रस्तावक संस्था की नियमावली की अद्यतन प्रमाणित प्रति संलग्न करें)	
11. प्रस्तावक संस्था के पंजीकरण की स्थिति (प्रमाण पत्र सहित) (i) पंजीकरण संख्या (ii) पंजीकरण की तिथि (iii) पंजीकरण की वैधता की अवधि	

12. महाविद्यालय / संस्थान में संचालित पाठ्यक्रमों की विवरण

क्र० सं०	पाठ्यक्रम का नाम	सम्बद्धता की अवधि	देशता	अद्यतन शैक्षणिक वर्ष (2018) में छात्र संख्या
1.				
2.				
13.	संचालित पाठ्यक्रमों / विषयों हेतु सांविधिक / विनियामक निकाय से प्राप्त स्वीकृति का विवरण (स्वीकृति पत्र की प्रति संलग्न करें)			
14.	संचालित पाठ्यक्रमों हेतु वि० वि० से प्राप्त अस्थाई सम्बद्धता का विवरण (पूर्व स्वीकृति पत्र की प्रति संलग्न करें)			
	(i) पाठ्यक्रम हेतु प्रथम बार किस सत्र में अस्थाई सम्बद्धता प्राप्त हुई			
	(ii) अस्थाई सम्बद्धता में व्यवधान के वर्ष, यदि कोई हों			
15.	पाठ्यक्रम में सीट वृद्धि की दशा में पूर्व में स्वीकृत सीटों की संख्या (स्वीकृत पत्र की प्रति संलग्न करें)			
16.	महाविद्यालय / संस्थान में संचालित पाठ्यक्रमों का विगत 3 वर्षों का औसत परीक्षाफल (उत्तीर्ण प्रतिशत)			
17.	महाविद्यालय / संस्थान में पूर्व में प्रदत्त शर्तयुक्त सम्बद्धता में लगाई गयी शर्तों की अनुपालन की बिन्दुवार स्थिति			

भाग- II

आवेदन पत्र प्रस्तुत करने का प्रयोजन (पाठ्यक्रम की स्थाई सम्बद्धता / अस्थाई सम्बद्धता / सम्बद्धता विस्तारण / सीट वृद्धि) (सीट वृद्धि की दशा में पाठ्यक्रम में प्रस्तावित सीटों की संख्या अंकित करें)	सम्बद्धता विस्तारण
शैक्षणिक सत्र जिसके लिए आवेदन प्रस्तुत किया गया है	
पाठ्यक्रम का नाम जिसकी अस्थाई सम्बद्धता / स्थाई सम्बद्धता / <u>सम्बद्धता विस्तारण</u> / सीट वृद्धि हेतु आवेदन किया गया है	
अखिल भारतीय स्तर पर पाठ्यक्रम की सांविधिक / विनायक संस्था का नाम	

डिल्लोमा / डिग्री / स्नातकोत्तर पैरामेट्रिकल पाठ्यक्रमों हेतु निर्धारित मानक

पाठ्यक्रम के निर्धारित मानक, मानकों की उपलब्धता तथा निरीक्षण आख्या

क्र० सं०	आधारभूत मानकों / सुविधाओं का विवरण	सांविधिक / विनियामक निकाय / विश्वविद्यालय द्वारा पाठ्यक्रम के निर्धारित मानक (इस कालम की पूर्ति सम्बंधित विश्वविद्यालय द्वारा की जायेगी)	पाठ्यक्रम के मानकों की उपलब्धता / संस्थान में उपलब्धता (इस कालम की पूर्ति प्रस्तावक संस्था द्वारा की जायेगी)	निरीक्षण समिति की आख्या (इस कालम की पूर्ति निरीक्षण समिति द्वारा की जायेगी)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.	भूमि (i) उपलब्ध भूमि का पूर्ण पता तथा माप (प्लॉट नम्बर / खसरा नम्बर सहित) (ii) भूमि के स्वामी का नाम (iii) भूमि के पंजीकरण का विवरण (भूमि की रजिस्ट्री / खतौनी की प्रति संलग्न करें) (iv) सम्बंधित प्राधिकरण से भूमि के प्रस्तावित उपयोग की अनुमति का विवरण (पत्र की प्रति संलग्न करें)	यदि भूमि नगर निगम क्षेत्र में स्थित है ता न्यूनतम 2 एकड़ भूमि अन्य क्षेत्र में न्यूनतम 5 एकड़ भूमि अथवा पर्वतीय क्षेत्रों में 01 एकड़ भूमि। (उच्च शिक्षा अनुभाग-3 के पत्रांक - 649/XXIV (3)/ 2016 - 01 (30) / 2015 दिनांक 14 दिसम्बर, 2016 के मानकानुसार)		
2.	भवन (i) क्या भवन का निर्माण न्यास/सोसाइटी के स्वामित्व वाली भूमि पर किया गया है? (ii) क्या महाविद्यालय लीज / किराये के भवन पर संयोजित है? (iii) न्यास/सोसाइटी कब तक अपने भवन का निर्माण पूर्ण कर लेगी? (iv) सक्षम प्राधिकरण द्वारा भवन मानचित्र की स्वीकृति का विवरण (स्वीकृत मानचित्र की प्रति संलग्न करें)	11000. वर्ग फीट न्यूनतम में भवन का निर्माण चिकित्सा शिक्षा अनुभाग -2 उत्तराखण्ड शासनादेश संख्या-330 / चि0-2-2003 -52 / 2003 दिनांक 21.11.2003 के उल्लिखित मानकानुसार		
3.	कक्षा का विवरण	कक्षा की संख्या क्षेत्रफल (उच्च शिक्षा अनुभाग-3 के पत्रांक - 649/XXIV (3)/ 2016 -01 (30) / 2015 दिनांक 14 दिसम्बर, 2016 के मानकानुसार)	कक्षा की संख्या क्षेत्रफल	

पुस्तकालय व पुस्तकालय में कार्यरत कार्मिकों का विवरण

पुस्तकालय लगभग 300 वर्ग फुट पर उपलब्ध होना चाहिए।

(अ)

पदनाम	निर्धारित पदों की संख्या
अन्य	
उपपुस्तकालयाध्यक्ष	01
सहायक पुस्तकालयाध्यक्ष	01
कैटलागर	01
पुस्तकालय लिपिक	01
पुस्तकालय अनुसेवक	01
अन्य	

(अ) पुस्तकालय में कार्यरत कार्मिकों का विवरण

नाम	पदनाम	अर्हता

(ब)

- (i) पुस्तकों की संख्या: 200
पुस्तक प्रति पाठ्यक्रम एवं 100 पुस्तक प्रति वर्ष। शैक्षिक सत्रानुसार
(ii) जर्नल्स की संख्या: 05
(iii) प्रविष्टि पंजिका की स्थिति:

(ब)

- (i) उपलब्ध पुस्तकों की संख्या:
(ii) उपलब्ध जर्नल्स की संख्या:
(iii) प्रविष्टि पंजिका में अंकित पुस्तकों/जर्नल की संख्या:

7. फर्नीचर

- 1) प्राचार्य/विभागाध्यक्ष/फैकल्टी हेतु कुर्सी/मेज
- 2) अलमारी (प्राचार्य/फैकल्टी/प्रशासनिक कार्यालय/विभाग हेतु)
- 3) हॉल/ऑडिटोरियम हेतु फर्नीचर
- 4) छात्रों हेतु कुर्सी/मेज
- 5) पुस्तकालय रैक
- 6) प्रयोगशालाओं हेतु मेज/कुर्सी/स्टेल
- 7) कम्प्यूटर प्रयोगशाला हेतु कम्प्यूटर मेज
- 8) अन्य फर्नीचर
- 9) स्टॉक पंजिका की स्थिति

8.

- शिक्षण संरचनात्मक सुविधायें
- 1) ओ० एच० पी०
 - 2) एल० सी० डी०
 - 3) कम्प्यूटर (1:10 के अनुपात में)

ऑफिस टेबल/ चियर, अलमारी- (निदेशक + प्रोफेसर + (विभागाध्यक्ष) अध्यापक + ऑफिसर X 3) + स्टूडेंट) रैक/स्टूल, फैकल्टी एवं छात्र/छात्राओं के अनुपात के अनुसार

- 4) इन्टरनेट सुविधा (04 एम0बी0एस0 :10 छात्रों हेतु)
- 5) वार्ड-फाई
- 6) अन्य सुविधाएँ

9.	छात्रावास छात्रों एवं छात्राओं हेतु छात्रावास का विवरण	छात्रावास 1) पुरुष छात्रावास 2) महिला छात्रावास (छात्रों की संख्यानुसार)	सीटों की संख्या	स्वीकृत सीट	निवास कर रहे विद्यार्थियों की संख्या		
10	अन्य सुविधायें 1) खेल का मैदान 2) सीवरेज 3) रेनवाटर हार्वस्टिंग 4) वृक्षारोपण 5) अक्षय ऊर्जा का उपयोग 6) अन्य	इन्डोर/आउट डोर	(1) पुरुष छात्रावास (2) महिला छात्रावास				
11	महिला कार्मिकों एवं छात्राओं की सुरक्षा हेतु महाविद्यालय/संस्थान एवं छात्रावासों में अपनाये गये उपायों का विवरण						
12.	सैनिंग रोकने हेतु अपनाये गये उपायों का विवरण	मा0 उच्चतम न्यायालय एवं यू0जी0सी0 के निर्देशानुसार शैगिक हेतु रोकथाम के उपाय					
13.	प्रभूत का पूर्ण विवरण (धनराशि एवं तिथि सहित)	विश्वविद्यालय के नाम से।					
14.	सम्बद्धता शुल्क का विवरण (धनराशि एवं तिथि सहित)						
15.	कार्मिकों को वेतन भुगतान का विवरण (i) संस्था का बैंक खाता संख्या (ii) संस्था की बैंक शाखा का नाम व पता (iii) महाविद्यालय/संस्थान में कार्यरत समस्त कार्मिकों (प्राध्यापकों सहित) को वेतन भुगतान व आयकर कटौती की प्रक्रिया						
16.	महाविद्यालय का प्रत्यायन सम्बंधी विवरण (प्रत्यायन संस्था का नाम, प्रत्यायन वर्ष एवं प्राप्त श्रेणी)						

शपथ पत्र का प्रारूप

(सोसाइटी / न्यास / संस्था के प्राधिकृत व्यक्ति द्वारा 100 रुपये के स्टाम्प पेपर में शपथ पत्र का प्रारूप जो कि ओथ कमिश्नर / नोटरी द्वारा सत्यापित किया गया हो)

मैं (प्राधिकृत व्यक्ति का नाम) पुत्र श्री (महाविद्यालय / संस्थान का नाम) में आयु वर्ष, निवासी शपथपूर्वक घोषणा करता हूँ
1. कि मैं (सोसाइटी / न्यास / महाविद्यालय / संस्थान) के नाम पंजीकृत भूमि का विवरण निम्नवत् है:
वृद्धि / स्थाई सम्बद्धता का आवेदन पत्र प्रस्तुत करने के लिए (प्राथमिक कार्यक्रम का नाम) पाठ्यक्रम की अस्थाई सम्बद्धता / सम्बद्धता विस्तारण / सीट
कि (सोसाइटी / न्यास / महाविद्यालय / संस्थान) के नाम पंजीकृत भूमि का विवरण निम्नवत् है:
प्लॉट / खसरा सं०:
ग्राम / शहर:
जिला:
राज्य:
भूमि का कुल क्षेत्रफल:
उक्त भूमि की खतौनी (सोसाइटी / न्यास / महाविद्यालय / संस्थान) के नाम के कार्यालय में पंजीकृत है।
भूमि के चारों तरफ स्थित है
पूर्व में:
पश्चिम में:
उत्तर में:
दक्षिण में:

1. कि उक्त भूमि हमारे स्वामित्व में वर्षों के लिए पंजीकृत लीज में सोसाइटी / न्यास / महाविद्यालय / संस्थान के नाम पर है तथा इसमें किसी प्रकार का विवाद नहीं है एवं यह भूमि सभी प्रकार के ऋण से मुक्त है।
2. कि उक्त भूमि का उपयोग केवल शैक्षणिक संस्था चलाने के लिए ही है तथा इस हेतु (सक्षम प्राधिकरण का नाम) से अनुमति प्राप्त कर ली गई है जिसकी प्राप्ति संलग्न है।
3. कि महाविद्यालय / संस्थान के परिसर तथा भवन का उपयोग केवल उन्हीं पाठ्यक्रमों के संचालन हेतु किया जायेगा जिनके लिए अनुमति मांगी जा रही है। इसका उपयोग किसी अन्य पाठ्यक्रम के लिए नहीं किया जायेगा।

मैं (प्राधिकृत अधिकारी) (पदनाम) शपथ पूर्वक घोषणा करता हूँ कि आवेदन पत्र में जो भी विवरण / प्रविष्टियाँ अंकित की हैं, वे तथ्यों पर आधारित हैं और सत्य हैं। सम्बद्धता प्रदान किये जाने के लिए प्रस्तुत आवेदन पत्र में न तो कोई तथ्य छुपाया गया है एवं न ही असत्य है। यदि आवेदन पत्र में अंकित किया गया कोई तथ्य गलत, असत्य या छुपाया गया पाया जाये तो हमारे विरुद्ध दण्डात्मक कार्यवाही की जा सकती है यह भी प्रमाणित किया जाता है कि उपयुक्त पाठ्यक्रम हेतु इस विश्वविद्यालय के अतिरिक्त किसी अन्य विश्वविद्यालय से सम्बद्धता प्राप्त नहीं की गई है। महाविद्यालय / संस्थान में पूर्व में संचालित पाठ्यक्रमों के सम्बंध में आवेदन पत्र में अंकित कोई भी सूचना औचक निरीक्षण के समय यदि असत्य पायी जाती है तो विश्वविद्यालय द्वारा महाविद्यालय / संस्थान को पूर्व में प्रदान की गई सम्बद्धता तत्काल प्रभाव से समाप्त कर दी जायेगी।

स्थान :
दिनांक :

प्राधिकृत अधिकारी का नाम, पदनाम व हस्ताक्षर

महाविद्यालय / संस्थान की स्थापना के औचित्य तथा पाठ्यक्रम के निर्धारित मानकों को पूर्ण / अपूर्ण करने की स्थिति के आधार पर निरीक्षण समिति की आख्या / संस्तुति

स्थान :
दिनांक :

निरीक्षण समिति में सम्मिलित अधिकारियों के नाम व हस्ताक्षर

- (1)
- (2)
- (3)
- (4)
- (5) अधिशासी अभियन्ता, उत्तराखण्ड ।

विश्वविद्यालय की संस्तुति
(सम्बद्धता के लिए प्रस्तावित विषय / पाठ्यक्रम में संस्वीकृत सीटों की संख्या सहित)

स्थान :
दिनांक :

(सक्षम अधिकारी का नाम, पदनाम व हस्ताक्षर)

हस्ताक्षर नमून जड़गुणा तलतलखण्ड त्रिकिरता शिक्षा विरविद्यालय से सम्बन्ध संस्थानों की निरीक्षण आख्या

(निरीक्षण सम्बन्ध द्वारा स्वयं सरकार निरीक्षण की स्थिति के विषय ही ई-मेल के माध्यम से भेजित किया जाना अनिवार्य है।)

उपरोक्त की स्थिति में आख्या स्वीकार्य नहीं होगी, संस्थान में निरीक्षण समिति द्वारा सिधे गये फोटोग्राफ दिनांक एवं समय सहित संलग्न कर भेजित करें।)

संस्थान का नाम :-

शैक्षिक क्षेत्र :-

पाठ्यक्रम का नाम :-

आग्रा दिनांक को विरविद्यालय द्वारा पत्र संख्या के माध्यम से गठित समिति द्वारा संस्थान का

शैक्षिक निरीक्षण किया गया, तथा निम्नानुसार वर्णित तथ्य पाये गये:-

1. संस्थान में कार्यरत प्रधानाचार्य का नाम एवं शैक्षिक योग्यता नियामक संस्था / विरविद्यालय द्वारा निर्धारित है / नहीं है।
2. संस्थान में कार्यरत शिक्षक नियामक संस्था द्वारा निर्धारित मानकानुसार योग्यता धारित है / नहीं है।
3. संस्थान में कार्यरत शिक्षक नियामक संस्था द्वारा निर्धारित अनुपात में कार्यरत है / नहीं है।
4. संस्थान में कार्यरत प्रधानाचार्य एवं शिक्षकों का विवरण जिसमें बैंक खाता तथा आधार नम्बर भी वर्णित हो, संस्थान द्वारा उपलब्ध करा दिया गया है / नहीं है।
5. संस्थान में नियामक संस्था द्वारा निर्धारित भूनि एवं भवन शैक्षिक कक्ष प्रयोगशाळा कम्प्यूटर लैब एवं अन्य संसाधन उपलब्ध है / नहीं है।
6. संस्थान में स्थापित पुस्तकालय में नियमानुसार निर्धारित पुस्तकों की संख्या एवं जर्नल्स की संख्या उपलब्ध है / नहीं है।
7. संस्थान में छात्र-छात्राओं हेतु आवश्यक सुविधाएं तथा पीने का पानी शौचालय महीला / पुरुष उपलब्ध है / है।
8. संस्थान में अग्निशमन उपकरण स्थापित किये गये हैं / नहीं हैं।
9. संस्थान में सी0सी0टी0वी0 उपकरण स्थापित किये गये हैं / नहीं हैं।
10. संस्थान में सैनिंग योक्तने हेतु समिति गठित की गई है / नहीं है।
11. संस्थान में Face Scanner Biometric मशीन स्थापित की गई है / नहीं है।
12. संस्थान में अध्ययनरत छात्र-छात्राओं की सूची पाठ्यक्रमवार प्राधानाचार्य व प्रबन्धक द्वारा प्रमाणित कर संलग्नक करें।

13. संस्थान द्वारा सम्बद्ध चिकित्सालय का निरीक्षण टीम द्वारा भ्रमण कर लिया गया है तथा भ्रमण के दौरान लिये गये फोटोग्राफ संलग्न कर क्या चिकित्सालय में उपलब्ध आवश्यक सुविधाओं से संतुष्ट है/नहीं।
 14. संस्थान द्वारा सम्बद्ध चिकित्सालय से किये गये एम0ओ0यू0 की जांच मूल दरस्तावेज से करने पर सही पाया गया/नहीं पाया गया।
 15. संस्थान में छात्र-छात्राओं के लिये छात्रावास उपलब्ध है/नहीं।
 16. चिकित्सालय में छात्रों की क्लीनिकल पोरिटिंग का तथा टीचिंग का भी चिकित्सा अधीक्षक से प्रमाणित कर लें।
 17. संस्थान में Rain Water Harvesting, Solar Energy Pannel का प्राविधान भी होना अनिवार्य है एवं फोटोग्राफ संलग्न करें।
- उपरोक्ता तथ्यों के आधार पर निरीक्षण मण्डल द्वारा सर्वसम्मति से संस्थान को शैक्षिक सत्र..... हेतु पत्र में अंकित सीटों पर मान्यता प्रदान करने की संस्तुति की जाती है/नहीं की जाती है।

निरीक्षण मण्डल सदस्य 1	निरीक्षण मण्डल सदस्य 2	निरीक्षण मण्डल सदस्य 3

कुलसचिव

कुलपति

विश्वविद्यालय से सम्बद्ध संस्थान के निरीक्षण से पूर्व समिति के अध्यक्ष द्वारा विश्वविद्यालय के निर्धारित प्रारूप पर की जाने वाली अग्रिम कार्यवाही।

प्रथम चरण

- 1 संस्थान का नाम
- 2 पाठ्यक्रम का नाम
- 3 शैक्षिक सत्र

संस्थान से सम्बद्ध चिकित्सालय का विवरण:-

क्र० सं०	चिकित्सालय का नाम व पता	समिति के अध्यक्ष द्वारा गूगल शीट से विश्वविद्यालय के सक्षम अधिकारी को अवगत कराना एवं अधिकारी का नाम पदनाम के साथ	चिकित्सा अधीक्षक का नाम हस्ताक्षर / तिथि / समय / मोहर के साथ एवं ई-मेल / मो०नं०	संस्थान / चिकित्सालय का एम०ओ०यू० परीक्षण संलग्नक	चिकित्सालय में बेड की संख्या	मासिक ओ०पी०डी० / आर्इ० पी०डी०	निरीक्षण समिति व चिकित्सा अधीक्षक के साथ फोटोग्राफ संलग्नक
1							

संस्थान में कार्यरत प्राचार्य विवरण:-

क्र० सं०	कार्यरत प्राचार्य का नाम	शैक्षिक अभिलेख/कार्य अनुभव का विवरण	निरीक्षण समिति व प्राचार्य के साथ फोटोग्राफ संलग्नक
1			

संस्थान में कार्यरत संकाय सदस्यों का विवरण:-

क्र०सं०	पद नाम	संख्या	निर्धारित मानकों के अनुसार है/नहीं	निरीक्षण समिति व संकाय सदस्यों के साथ फोटोग्राफ संलग्नक
1	प्रोफेसर			
2	एसोसिएट प्रोफेसर			
3	असिस्टेंट प्रोफेसर			
4	ट्यूटर			

संस्थान द्वारा स्थापित Rain Water Harvesting / Solar Energy Pannal / Face Scanner Biometric का विवरण:-

क्र0सं0	संरचनात्मक सुविधायें	वस्तु स्थिति	निरीक्षण समिति द्वारा उक्त संसाधनों के साथ में फोटोग्राफ संलग्नक
1	Rain Water Harvesting		
2	Solar Energy Pannal		
3	Face Scanner Biometric		

निरीक्षण मण्डल द्वारा स्वयं भरकर निरीक्षण की तिथि को ई-मेल vcsecit.hnbunnu@gmail.com, hnbunnueregistrar@gmail.com & info.hnbunnu@gmail.com के माध्यम से प्रेषित किया जाना अनिवार्य है, निर्धारित निरीक्षण तिथि पर उक्त बिन्दुवार सूचना प्राप्त न होने पर संस्थान का अस्थाई सम्बद्धता हेतु मूल आख्या विश्वविद्यालय द्वारा स्वीकार नहीं किया जाएगा, जिसकी सम्पूर्ण जिम्मेदारी संस्थान एवं निरीक्षण मण्डल की होगी।

1	2	3
निरीक्षण मण्डल के सदस्य का नाम पदनाम एवं हस्ताक्षर/तिथि तथा समय सहित	निरीक्षण मण्डल के सदस्य का नाम पदनाम एवं हस्ताक्षर/तिथि तथा समय सहित	निरीक्षण मण्डल के सदस्य का नाम पदनाम एवं हस्ताक्षर/तिथि तथा समय सहित
अध्यक्ष निरीक्षण मण्डल का नाम पदनाम एवं हस्ताक्षर/तिथि तथा समय सहित		

उक्त प्रक्रिया पूर्ण किये जाने के पश्चात् ही संस्थान का निरीक्षण किया जाना है।

शपथ पत्र

समक्ष : माननीय कुलपति महोदय हेमवती गन्दन बहुगुणा उत्तराखण्ड विवेकशास्त्र शिक्षा विश्वविद्यालय, देहरादून।

शपथकर्ता का नाम..... पता..... निवासी राज्य उत्तराखण्ड या अन्य.....।

1. यह कि शपथकर्ता द्वारा अपना नाम व पता सही दिया गया है।
2. यह कि शपथकर्ता संस्थान में प्राचार्य/प्रोफेसर/एसोसिएट प्रोफेसर/असिस्टेंट प्रोफेसर या ट्यूटर के पद पर कार्यरत हूँ और उक्त पद की मैं कार्यक्षमता एवं योग्यता रखता हूँ।
3. यह कि शपथकर्ता वर्तमान में किसी भी संस्थान/कॉलेज या विश्वविद्यालय से कोई भी नियमित पाठ्यक्रम उत्तराखण्ड राज्य व अन्य राज्यों में अध्ययन नहीं किया जा रहा है, तथा किसी भी अन्य संस्था में नौकरी पेशा नहीं कर रहा/रही हूँ।

.....शपथकर्ता

उपरोक्त शपथ पत्र में वर्णित न0 1 से 3 तक मुझे शपथकर्ता के निजी ज्ञान एवं विश्वास में सत्य व सही है कुछ भी छिपाया नहीं गया है, ईश्वर मेरी मदद करें।

.....शपथकर्ता

नोट— यह शपथ पत्र रू0 100 का स्टाम्प एवं नोटरी पर मान्य होगा।

यह शपथ पत्र संस्थान में कार्यरत फ़ैकल्टी द्वारा भरा जाएगा।

शपथ पत्र

समक्ष माननीय कुलपति महोदय हेमवती नन्दन बहुगुणा उत्तराखण्ड चिकित्सा शिक्षा विश्वविद्यालय, देहरादून।

मे शपथकर्ता नाम..... पता..... निवासी.....
राज्य उत्तराखण्ड शपथपूर्वक घोषणा करता हूँ।

1. यह कि शपथकर्ता द्वारा अपना नाम व पता एवं अन्य जानकारी सही दिया गया है।
2. यह कि शपथकर्ता का इस नाम से संस्थान पंजीकृत है।
3. यह कि शपथकर्ता संस्थान में प्राचार्य/निदेशक के पद पर कार्यरत है।
4. यह कि शपथकर्ता के संस्थान में बी०एस-सी० नर्सिंग/पोस्ट बी०एस-सी० नर्सिंग/एम०एस-सी० नर्सिंग या पैरामेडिकल पाठ्यक्रमों का सनालन वर्तमान में किया/किये जा रहे हैं। जिस का विवरण निम्नवत है:-

क्र०सं०	पाठ्यक्रम का नाम मेडिकल/नर्सिंग/पैरामेडिकल	शैक्षणिक सत्र	अध्ययनरत छात्र-छात्राओं कि कुल संख्या
1	एम०बी०बी०एस०/एम०डी०/एम०एस०		
2	एम०एस-सी० नर्सिंग		
3	पोस्ट बसिक बी०एस-सी० नर्सिंग		
4	बी०एस-सी० नर्सिंग		
5	पैरामेडिकल पाठ्यक्रम		

तथा अध्ययनरत छात्र-छात्राओं द्वारा किसी भी अन्य संस्थान/कॉलेज या विश्वविद्यालय से कोई भी नियमित पाठ्यक्रम नहीं किया जा रहा है, तथा किसी भी संस्था में नोकरी पेशा नहीं कर रहा/कर रही हूँ एवं मेरे द्वारा संस्थान में अध्ययनरत समस्त छात्र-छात्राओं से शपथ पत्र ले लिया गया है। जिसकी मे शपथपूर्वक घोषणा करती/करता हूँ।

5. यह कि शपथकर्ता यह भी घोषण करता है कि भविष्य मे कि भी अध्ययनरत छात्र-छात्राओं से सम्बन्ध मे किसी भी प्रकार का वाद-विवाद न्यायालय मे, विश्वविद्यालय द्वारा अथवा व्यक्ति विशेष द्वारा आयोजित होता है तो सम्पूर्ण जिम्मेदारी संस्थान/शपथकर्ता की होगी।

.....शपथकर्ता

उपरोक्त शपथ पत्र में बिन्दु सं० 1 से 5 तक वर्णित सूचना मुझ शपथकर्ता के निजी ज्ञान एवं विश्वास में सत्य व सही है कुछ भी छिपाया नहीं गया है, सत्य बोलने में इश्वर मेरी मदद करे।

.....शपथकर्ता

नोट- यह शपथ पत्र रू० 100 का स्टाम्प एवं नोटरी पर मान्य होगा।

यह शपथ पत्र सम्बन्धित संस्थान के प्राचार्य/निदेशक द्वारा भरा जाएगा।

शपथ पत्र का प्रारूप
(100/- रुपये मूल्य के स्टॉप पर)

मैं, (अध्यक्ष/निदेशक का नाम)
..... (कालेज/संस्थान का नाम व पता) शपथ पूर्वक कहता हूँ कि हमारे द्वारा
हेमवती नन्दन बहुगुणा उत्तराखण्ड चिकित्सा शिक्षा विश्वविद्यालय को प्रेषित सम्बद्धता से
सम्बन्धित समस्त सूचनाएँ एवं संलग्नित समस्त पत्रजात सही हैं। भविष्य में यदि हमारे द्वारा
प्रेषित कोई भी सूचना अथवा पत्रजात गलत पाया जाता है अथवा तत्संबन्धित कोई कानूनी
खामियाँ पायी जाती हैं तो इसकी पूर्ण जिम्मेदारी हमारी तथा हमारे कालेज/संस्थान की
होगी।

शपथकर्ता के हस्ताक्षर

नोटरी द्वारा हस्ताक्षरित

महाविद्यालय / संस्थान के स्थापना के अंतित्य तथा पाठ्यक्रम के निर्धारित मानकों को पूर्ण / अपूर्ण करने की स्थिति के आधार पर निरीक्षण
मिति की आख्या / संस्तुति:-

हस्ताक्षर समस्त अध्यक्ष / सदस्य निरीक्षण समिति दत्त