

GOVERNMENT AUTONOMOUS MEDICAL COLLEGE
RATLAM (M.P.) 457001

PHOTOGRAPH: VERIFIED / NOT VERIFIED

Name.....Designation

PHOTO

Signature..... of Photograph verifying officer

PROFORMA OF SCRUTINY
PARTICULARS & DECLARATION OF THE CANDIDATE
FOR PARAMEDICAL COURSES BATCH-2023-24

ALLOTTED PARAMEDICAL COURSE _____
(TO BE FILLED IN BY THE CANDIDATE IN CAPITAL LETTERS)

1. NAME OF THE CANDIDATE _____ SEX _____
2. DATE OF BIRTH _____ Blood Group _____ NATIONALITY _____
3. PLACE & STATE OF BIRTH _____
4. MOBILE NO _____ E-Mail _____
5. CATEGORY – UR/ EWS/ OBC/ SC / ST _____
6. CLASS – MP (SN) / FF /PWD /IS _____
7. FATHER'S NAME _____ OCCUPATION _____
MOBILE NUMBER _____ E. Mail id _____
8. MOTHER'S NAME _____ OCCUPATION _____
MOBILE NO: _____ E. Mail id _____
9. LOCAL/ GUARDIAN NAME WITH RELATION & ADDRESS _____

PHONE NO: _____
10. PERMANENT ADDRESS _____
& PHONE NO.: _____

DECLARATION

I hereby solemnly declare that the information given by me in this form and enclosures is true and I am solely responsible for its accuracy. I am fully aware that providing incorrect and false information due to any reason at the time of allotment of the seat and / or at the time of admission or subsequently, is an offence and my admission is liable to be cancelled without any notice at any time by the Director, Medical Education / Dean of the Institution.

I also hereby declare that I have AVAILED / NOT AVAILED any Gap period during my pre-medical education curriculum.

Name of Parent/Guardian.....
(RELATION).....
Signature
Date:.....

Name of Candidate
Signature
Date:

Contd.2



ALLOWING ORIGINAL DOCUMENTS ARE BEING SUBMITTED BY THE CANDIDATE-2023-24

Name of Candidate..... S/O, D/O.....

Category

Willing for up-gradation (Yes/No)

S.N O	DOCUMENT	Name of issuing body	Document no.	Documents date	Signing Authority of document	Remark
1	10 th Mark Sheet /Certificate (DOB Certificate)					
2	12 th Mark Sheet					
3	Aadhar Card (photocopy)					
4	Domicile Certificate					
5	Caste Certificate					
6	EWS Certificate					
7	Income Certificate (Family)/ Self Declaration of Family Income (Last Financial Year)					
8	Certificate – PWD. / M.P. / F.F.					
9	Affidavit of Pro forma 8 (BOND)					
10	Medical Fitness Certificate					
11	Gap Affidavit if applicable					
12	School/ College Leaving Certificate					
13	Migration Certificate					
14	Character Certificate					
16	05 recent colored photograph (2.5 X 2.5 cm). 1 sets of Self Attested photocopy of all above documents is required.					

Total No. of documents submitted _____ Signature of the candidate _____

The above mentioned submitted documents were scrutinized by the committee & found in order. Candidate is recommended for depositing the fees for admission.

Scrutiny Member
Name & Signature

Scrutiny Member
Name & Signature

Scrutiny Member
Name & Signature

Scrutiny Member
Name & Signature

on OnePlus



Coordinator
Scrutiny Committee
Government Autonomous Medical College, Ratlam



Scanned with OKEN Scanner

प्रारूप-1

प्रमाण पत्र/अभिलेखों की स्कूटनी, संबंधी प्रोफार्मा
(शासकीय स्वशासी चिकित्सा महाविद्यालय में प्रवेश हेतु)
भाग-अ (अभ्यर्थी द्वारा भरा जाए)

मैं घोषणा करता /करती हूं कि मैंने मध्य प्रदेश शासकीय स्वशासी चिकित्सा महाविद्यालय में 2022-2023 पैरामेडिकल पाठ्यक्रम में प्रवेश हेतु संस्थान की वेबसाइट पर भली भांति पढ़ लिए है। मुझे M0प्र0 के शासकीय स्वशासी चिकित्सा महाविद्यालय में संचालित पैरामेडिकल पाठ्यक्रम की जानकारी है। तत्पश्चात् ही नियमों में दिए गए उपबंधों के अधीन काउंसिलिंग में भाग ले रहा/रही हूं।

मैं आवंटन के अनुक्रम में प्रवेश हेतु मूल प्रमाणपत्र/ अभिलेख प्रस्तुत कर रहा/रही हूं।

- 1/ पूरा नाम
- 2/ माता/पिता/पति/अभिभावक का पूरा नाम एवं पता
- 3/ श्रेणी अनारक्षित/अनुसूचित जनजाति/अनुसूचित जाति/अन्य पिछड़ा वर्ग/आर्थिक रूप से कमजोर वर्ग
E.W.S.
- 4/ प्रवर्ग- सैनिक, स्वतंत्रता संग्राम सेनानी, दिव्यांग
- 5/ अभ्यर्थी का मोबाईल फोन नं. एवं ई-मेल आई.डी. नं.
- 6/ अभ्यर्थी का बैंक खाता नं. आई.एफ.एस.सी कोड नं. पोर्टल पर दर्ज
फीस ट्रांजेक्शन नं.

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

1. चयन परीक्षा हेतु अभ्यर्थी के पंजीयन की फोटो युक्त प्रति अथवा प्रवेश पत्र।
2. हाई स्कूल एवं हायर सेकेण्डरी (10 +2)अथवा समकक्ष की अंकसूची।
3. आयु प्रमाण के लिये हाई स्कूल, अथवा समकक्ष परीक्षा उत्तीर्ण करने के प्रमाण पत्र/अंकसूची की मूल प्रति जिसमें आयु का उल्लेख हो।
4. अभ्यर्थी की फोटोयुक्त आईडी।
5. मध्यप्रदेश का मूल निवासी/स्थानीय निवासी होने संबंधी सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाण-पत्र। अभ्यर्थी के वयस्क न होने की दशा में उसके माता/पिता के मूल निवासी प्रमाण -पत्र में अभ्यर्थी का नाम अंकित हो।
6. सक्षम अधिकारी द्वारा मध्यप्रदेश राज्य में आरक्षित श्रेणी (जाति प्रमाण-पत्र) का स्थायी जाति प्रमाण-पत्र।
7. आर्थिक रूप से कमजोर वर्ग (EWS) के अभ्यर्थियों को मध्यप्रदेश राज्य शासन के सक्षम अधिकारी द्वारा वर्तमान वर्ष में जारी किया गया प्रमाण पत्र।

प्रमाण पत्र/अभिलेखों की स्कूटनी, संबंधी प्रोफार्मा
भाग-ब (स्कूटनी (छानबीन) समिति द्वारा भरा जाए)

प्रमाणित किया जाता है कि स्कूटनी के समय उपस्थित अभ्यर्थी का फोटो एवं हस्ताक्षर की तारीख पैरामेडिकल पाठ्यक्रम में सम्मिलित परीक्षार्थियों के फोटो एवं हस्ताक्षर डाटा से मिलान करने के बाद सही पाया गया है अथवा भिन्नता पाई गई है।

भिन्नता की स्थिति में टिप्पणी -

प्रमाणित किया जाता है कि अभ्यर्थी द्वारा प्रस्तुत किए गए अभिलेखों/प्रमाण पत्रों की जांच की गई तथा अभिलेखों/प्रमाण पत्रों की स्व प्रमाणित छायाप्रतियों के दो सेट रिकार्ड हेतु जमा कर लिये गये हैं। एवं जमा किये गये मूल दस्तावेजों का प्रमाण पत्र अभ्यर्थी को प्रदान किया गया।

सत्यापन के पश्चात् अभ्यर्थी आवंटित सीट पर प्रवेश के लिये पात्र है।

निम्न अभिलेख/प्रमाण-पत्र प्रस्तुत नहीं करने के कारण/या अन्य कारणों से आवंटित सीट पर प्रवेश के लिये अपात्र है-

- 1.....
- 2.....
- 3.....

प्रभारी अधिकारी
पैरामेडिकल पाठ्यक्रम समिति
हस्ताक्षर मय दिनांक, नाम, पदनाम

नोडल अधिकारी
पैरामेडिकल पाठ्यक्रम समिति
हस्ताक्षर मय दिनांक, नाम, पदनाम

प्रवेश समिति के सदस्य
पैरामेडिकल पाठ्यक्रम समिति
हस्ताक्षर मय दिनांक, नाम, पदनाम

