

नीट पी0जी0 –2024 काउन्सिलिंग में अभ्यर्थियों द्वारा लिये जाने वाले 10/20/30 प्रतिशत का लाभ हेतु प्रमाण पत्र
अभ्यर्थी का नाम..... नीट रो0न0.....

वर्तमान तैनाती स्थल:-

दुर्गम क्षेत्र कार्यावाधि..वर्ष.....माह.....दिन

1. नीट पी0जी0–2024 उत्तराखण्ड राज्य केन्द्रीयकृत काउन्सिलिंग में सम्मिलित होने हेतु नियमानुसार महानिदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण उत्तराखण्ड से अनापत्ति प्रमाण पत्र प्राप्त कर लिया गया है, और मेरे द्वारा इसकी समस्त नियम व शर्तों को पढ व समझ लिया गया है।
2. मुझे यह ज्ञात है कि मेरे द्वारा प्रस्तुत उक्त सूचना का सत्यापन/प्रमाणीकरण संबंधित अधिकारी गणो द्वारा किये जाने के उपरान्त आन-लाईन आवेदन करते समय इसको अपलोड किया जाना अनिवार्य होगा, जिसके आधार पर ही मुझे नीट पी0जी0 2024 परीक्षा में प्राप्त अंको में उत्तराखण्ड शासन की नीति अनुसार 10 से 30 प्रतिशत तक अधिमान अंक दिये जायेंगे, जो मुझे स्वीकार्य एवं मान्य होंगे।
3. *जो अभ्यर्थी राजकीय मेडिकल कालेज , श्रीनगर गढ़वाल एवं राजकीय मेडिकल कालेज, अल्मोडा में बॉण्ड के अन्तर्गत कार्य कर रहे वे प्राचार्य से प्रतिहस्ताक्षर करायेंगे।
4. प्रतिहस्ताक्षर करने के उपरान्त काउन्सिलिंग हेतु निर्धारित तिथियों में अभ्यर्थी को ऑन-लाईन माध्यम से यथा स्थान पर अपलोड करना अनिवार्य होगा। जिससे 10 से 30 प्रतिशत का लाभ दिया जायेगा।

अभ्यर्थी के हस्ताक्षर

(सक्षम अधिकारी केवल उत्तराखण्ड राज्य के दुर्गम क्षेत्रों में दी गयी सेवाओं हेतु ही उक्त प्रमाण पत्र जारी करें।
प्रमाण पत्र से अभ्यर्थियों की मेरिट प्रभावित होती है, अतः सक्षम अधिकारी प्रमाण पत्र जारी करने से पूर्व समस्त दस्तावेज
भली भाँती जाँच ले)

प्रमाणित किया जाता है कि डॉ0..... वर्तमान में उत्तराखण्ड राज्य के(क्षेत्र का नाम) जिला..... में नियमित पी0एम0एच0एस0 उत्तराखण्ड चिकित्सक/अनिवार्य सेवा संबंधी बाण्ड के अन्तर्गत संविदा के रूप में कार्यरत चिकित्सक है।

यह भी प्रमाणित किया जाता है कि डॉ0 द्वारा दिनांक 15.08.2024 तक दुर्गम क्षेत्रों में दी गयी सेवाओं की कुल समयावधि वर्ष माह..... दिन.है

तिथि:-

हस्ताक्षर

मुख्य चिकित्सा अधिकारी/मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/
प्रमुख चिकित्सा अधीक्षक का नाम.....

पद नाम.....

कार्यालय सील.....

प्रतिहस्ताक्षर
महानिदेशक,
चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, देहरादून, उत्तराखण्ड
कार्यालय सील.....

अथवा

* प्रतिहस्ताक्षर
प्राचार्य,
राजकीय मेडिकल कालेज श्रीनगर गढ़वाल/अल्मोडा
कार्यालय सील.....