

નમુનો-૧

વિદ્યાર્થી કોલેજ બદલી અંગેનું ફોર્મ

(આ અરજી લેખિતમાં આચાર્યશ્રીને આપવી. સાથોસાથ નિયામક ટેકનીકલ શિક્ષણને ઓનલાઈન કોમ્પ્યુટર અથવા ઈ-મેઈલ એડ્રેસ ઉપર જાણ કરવી)

-
- (૧) વિદ્યાર્થીનું નામ :
- (૨) પ્રવેશ મેળવેલ કોલેજનું નામ :
- (૩) પ્રથમ વર્ષમાં પ્રવેશનું વર્ષ
મેરીટ નંબર, માર્ક્સ :
- (૪) હાલ જે વિદ્યાશાખામાં અભ્યાસ
કરે છે તેનું નામ અને વર્ષ/સેમેસ્ટર :
- (૫) જે સંસ્થામાં બદલી માંગેલ છે તે
સંસ્થાનું નામ :
- (૬) કઈ વિદ્યાશાખામાં બદલી મેળવવા :
ઈચ્છે છે ?
(નિયમ-૧૧ જુઓ)
- (૭) બદલીનું કારણ :
- (૮) અન્ય વિગતો :

વિદ્યાર્થીની સહી

સંસ્થાનું પ્રમાણપત્ર

આથી પ્રમાણિત કરવામાં આવે છે કે, શ્રી વિદ્યાર્થીએ

ફોર્મમાં જે હકીકતો દર્શાવી છે તે સાચી છે. વિદ્યાર્થીને બદલી માટે ભલામણ કરવામાં આવે છે.

સ્થળ :
તારીખ :

આચાર્યની સહી/—

નમુનો-૨

રૂબરૂ માણસ સાથે :

ક્રમાંક:
સંસ્થાનું નામ :
તારીખ :

પ્રતિ,
અધ્યક્ષશ્રી,
સ્થાયી તબીબી પંચ,
ગુરુ ગોવિંદસિંહ હોસ્પિટલ,
જામનગર.

વિષય :- વિદ્યાર્થીઓની સંસ્થા બદલીની વિનંતી સબબ તબીબી તપાસ કરવા બાબત.

શ્રીમાન,

સવિનય જણાવવાનું કે, નીચે મુજબના વિદ્યાર્થીઓએ તેમની તબિયતના કારણોસર આ સંસ્થામાંથી અન્ય સંસ્થામાં બદલી માટે વિનંતી કરી છે. જે અરજીની ઝેરોક્ષ નકલ સામેલ છે. આ વિદ્યાર્થીઓની તબીબી તપાસ કરી તેમના હવે પછીના અભ્યાસ માટે સ્થળ ફેરી આવશ્યકતાહોય તો તે મુજબનું પ્રમાણપત્ર આપવા વિનંતી છે.

- (૨) આ પ્રમાણપત્રો બારોબાર નિયામકશ્રી, ટેકનીકલ શિક્ષણ ગુજરાત રાજ્ય, ગાંધીનગર (બ્લોક નં.૨, બીજો માળ, જુના સચિવાલય, ગાંધીનગર ફોન નં. ૦૦૭૯ - ૩૨૫૩૫૪૬, ૩૨૨૦૭૨૮ ફેક્સ નં.) ને રજીસ્ટર્ડ એ.ડી. થી મોકલાવી આપવા અને અત્રે જાણ કરવા વિનંતી કરવામાં આવે છે.
- (૩) જો કોઈ વિદ્યાર્થીને અભ્યાસ માટે સ્થળ ફેરની જરૂર ન હોય તો તે પણ જણાવવા વિનંતી છે.
- (૪) આ પત્ર મળ્યા તારીખથી તબીબી તપાસ કરવાની અને પ્રમાણપત્ર આપવાની તમામ કાર્યવાહી વધુમાં વધુ દિન-૩૦ માં પૂર્ણ કરવા વિનંતી છે. કારણ કે, વિવિધ યુનિવર્સિટીઓના સત્રો પુર્ણ / શરુ થવાની સમય મર્યાદા અલગ અલગ હોઈ વિદ્યાર્થીઓની રજુઆત અંગે સત્વેર નિર્ણય લેવા આવશ્યક છે.

(૫)

અ.નં.	વિદ્યાર્થીનું નામ	હાલની વિદ્યાશાખા વર્ષ	બદલી માંગેલ સ્થળ / કોલેજ	બદલી માંગેલ કોલેજમાં હવે સત્ર/વર્ષ શરુ થવાની તારીખ.
૧.	૨.	૩.	૪.	૫.
૧.				
૨.				
૩.				
૪.				

આપનો વિશ્વાસુ,

(આચાર્ય)