



# गोंडवाना विद्यापीठ, गडचिरोली

(महाराष्ट्र शासन अधिसूचना क्रमांक २००७/(३२२/०७) विशि -४ महाराष्ट्र विद्यापीठ अधिनियम १९९४ (१९९४ चा महा.३५) च्या कलम ३ च्या पोटकलम (२) अन्वये दिनांक २७ सप्टेंबर, २०११ रोजी स्थापित व महाराष्ट्र सार्वजनिक विद्यापीठ अधिनियम, २०१६ (सन २०१७ चा महाराष्ट्र विद्यापीठ अधिनियम क्रमांक ६) (द्वारा संचालित राज्य विद्यापीठ)

( परीक्षा व मुल्यमापन मंडळ )

एम.आय.डी.सी.रोड, कॉम्प्लेक्स, गडचिरोली-४४२६०५

फोन नंबर ०७१३२-२२३३५२

जा. क्रं./गों.वि./परीक्षा विभाग/27M/२०२०

दि. ४/०३/२०२०

प्रती,

संलग्नित सर्व महाविद्यालय,  
गोंडवाना विद्यापीठ, गडचिरोली

विषय:-प्रवेशित दिव्यांग विद्यार्थ्यांची माहिती पाठविणेबाबत.

संदर्भ:-1. Under Secretary, Ministry of social Justice & Empowerment, New Delhi,  
यांचे पत्र दि. 29/08/2018.

२.मा.संचालक, उच्च शिक्षण, महाराष्ट्र राज्य, पुणे यांचे पत्र दि.२८/११/२०१८.

उपरोक्त संदर्भीय विषयान्वये कळविण्यात येत की, गोंडवाना विद्यापीठाची उन्हाळी २०२० ची परीक्षा दि. ०९/०४/२०२० पासून सुरू होत आहे. आपल्या महाविद्यालयात प्रवेशित असलेल्या विद्यार्थ्यांपैकी दिव्यांग विद्यार्थ्यांची माहिती विद्यापीठात दि. १९/०३/२०२० पर्यंत सोबत संलग्नित Appendix I & II प्रपत्रानुसार सादर करावी. जेणे करून त्यानुसार विद्यार्थ्यांना लेखनिक उपलब्ध करून देणे, परीक्षेमध्ये नियमानुसार अधिकची वेळ देणे इत्यादी प्रक्रीया करणे सोईचे होईल. तसेच दि. १९/०३/२०२० नंतर याबाबत कोणतीही माहिती स्विकारण्यात येणार नाही व विद्यार्थ्यांचे शैक्षणिक नुकसान झाल्यास संबंधित महाविद्यालय जबाबदार राहिल याची नोंद घ्यावी.

सहपत्र-वरीलप्रमाणे

(डॉ.अनिल झेड.चिताडे)

संचालक

परीक्षा व मुल्यमापन मंडळ,  
गोंडवाना विद्यापीठ, गडचिरोली

Certificate regarding physical limitation in an examinee to write

This is to certify that, I have examined Mr/Ms/Mrs \_\_\_\_\_ (name of the candidate with disability), a person with \_\_\_\_\_ (nature and percentage of disability as mentioned in the certificate of disability), S/o/D/o \_\_\_\_\_, a resident of \_\_\_\_\_ (Village/District/State) and to state that he/she has physical limitation which hampers his/her writing capabilities owing to his/her disability.

Signature

Chief Medical Officer/Civil Surgeon/ Medical Superintendent of a  
Government health care institution

Name & Designation.

Name of Government Hospital/Health Care Centre with Seal

Place:

Date:

**Note:**

Certificate should be given by a specialist of the relevant stream/disability (eg. Visual impairment - Ophthalmologist, Locomotor disability - Orthopaedic specialist/PMR).



Letter of Undertaking for Using Own Scribe

I \_\_\_\_\_, a candidate with \_\_\_\_\_ (name of the disability) appearing for the \_\_\_\_\_ (name of the examination) bearing Roll No. \_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_ (name of the centre) in the District \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (name of the State). My qualification is \_\_\_\_\_.

I do hereby state that \_\_\_\_\_ (name of the scribe) will provide the service of scribe/reader/lab assistant for the undersigned for taking the aforesaid examination.

I do hereby undertake that his qualification is \_\_\_\_\_. In case, subsequently it is found that his qualification is not as declared by the undersigned and is beyond my qualification, I shall forfeit my right to the post and claims relating thereto.

(Signature of the candidate with Disability)

Place:

Date: