

(सहपत्र "अ")

महाराष्ट्र आरोग्य विज्ञान विद्यापीठ, नाशिक
"कमवा व शिका" योजनेतर्गत प्रवेश मिळविण्यासाठी
विद्यार्थ्यांचे करावयाचा नमुना अर्ज



१. विद्यार्थ्यांचे संपूर्ण नाव : संजना भगवान पवार
२. शिकत असलेल्या महाविद्यालयाचे नाव : दक्षिण केसरी मुनी मिश्रीलालजी हो. कॉलेज
३. विद्यार्थ्यांचा कायम निवासी पत्ता : गावली नं. १ धर नं ३१, गुरुवदत
नगर, बारखेडा परिसर ओ.व.प.
४. मोबाईल नंबर / दुरध्वनी क्र. (STD) कोडसह : ९३२२२४१९३१
५. ईमेल आयडी : sanjanapawar623@gmail.com
६. जन्म तारीख : ३१-०८-२००३ वय : २० वर्षे
७. सध्या शिकत असलेला वर्ग आणि कोर्स : BHMS 1st year
८. मागीलवर्षी झालेल्या परीक्षेत मिळालेले एकूण गुण व टक्केवारी (%): ७०१-४९६; ८२.६७%
(गतवर्षीच्या गुणपत्रिकेची स्वसांक्षांकित प्रत सोबत जोडावी.)
९. वडीलांचे/पालकांचे संपूर्ण नाव श्री / श्रीमती : भगवान हरि पवार
१०. नोकरी / व्यवसाय : चालक
११. एकत्रित वार्षिक उत्पन्न : रु. ५,६७,६६०/- (तहसिलदारांनी दिलेल्या उत्पन्नाचा दाखला स्वसांक्षांकित करून जोडावा.)
१२. कोणते काम निवडले आहे : १) _____
२) _____
३) _____
१३. अध्ययन तासिका कालावधी : _____
१४. मायास वर्गीय असल्यास प्रकार : _____ प्रवर्ग : सुल
१५. विद्यार्थ्यांचा आधारकार्ड नंबर : ४५७५८७५८५ (आधारकार्ड स्वसांक्षांकित प्रत सोबत जोडणे अनिवार्य)
१६. योजनेच्या अटी, शर्ती, हिशोब, आर्थिक व्यवहार याबाबत सर्व नियमांचे मी पालन करीन व माझ्या शैक्षणिक अध्ययनात खंड पडू देणार नाही अशी मी हमी देतो/दिते.
वर नमूद केलेली सर्व माहिती खरी आहे.

विभाग प्रमुखाचे नाव व स्वाक्षरी

विद्यार्थ्यांचे नाव व स्वाक्षरी

सदर विद्यार्थी गरीब व गरजू असून योजनेसाठी दिलेली माहिती खरी आहे.



शिवका

अधिष्ठाता/प्राचार्यांची सही

PRINCIPAL

U.K.M.M. HOMEOPATHIC

MEDICAL COLLEGE

Shal:

महाराष्ट्र आरोग्य विज्ञान विद्यापीठ, नाशिक
"कमवा व शिका" योजनेतर्गत प्रवेश मिळविण्यासाठी
विद्यार्थ्यांनी करावयाचा नमुना अर्ज

(सहपत्र "अ")



१. विद्यार्थ्यांचे संपूर्ण नाव : दशान चंपालाल निकम
२. शिकत असलेल्या महाविद्यालयाचे नाव : डी के एम एम टोमियोपॅथिक मेडिकल
३. विद्यार्थ्यांचा कायम निवासी पत्ता: फ्लॉट क्र. २, समाधान रेसिडेंसी, कॉलेज
पराक्रम कॉलोनी, नीयर महादेव टेम्पल, जयसिंगपूर,
औरंगाबाद - ५३१००४ +९१ ७७४५०५१९०४
४. मोबाईल नंबर / दुरध्वनी क्र. (STD) कोडसह: LUCKYNIKAM16@gmail.com
५. ईमेल आयडी:- LUCKYNIKAM16@gmail.com
६. जन्म तारीख:- २३-०२-२००४ वय:- २० वर्षे
७. सध्या शिकत असलेला वर्ग आणि कोर्स: प्रथम वर्ष, वीएचएमएस ९२.३३%
८. मागीलवर्षी झालेल्या परीक्षेत मिळालेले एकूण गुण व टक्केवारी (%): ९२.३३%
(गतवर्षीच्या गुणपत्रिकेची स्वसाक्षात्कृत प्रत सोबत जोडावी.)
९. वडीलांचे/पालकांचे संपूर्ण नाव श्री / श्रीमती: चंपालाल माणिक निकम
१०. नोकरी / व्यवसाय: खासगी नोकरी
११. एकत्रित वार्षिक उत्पन्न : रु. साठ हजार (६०,०००) (तहसिलदारांनी दिलेल्या उत्पन्नाचा दाखला स्वसाक्षात्कृत करून जोडावा.)
१२. कोणते काम निवडले आहे.: १) _____
२) _____
३) _____
१३. अध्ययन तासिका कालावधी : _____
१४. मागास वर्गीय असल्यास प्रकार : _____ प्रवर्ग : शुद्ध
१५. विद्यार्थ्यांचा आधारकार्ड नंबर : ७४७६ ००१४ ६१०८ (आधारकार्ड स्वसाक्षात्कृत प्रत सोबत जोडणे अनिवार्य)
१६. योजनेच्या अटी, शर्ती, हिशोब, आर्थिक व्यवहार याबाबत सर्व नियमांचे मी पालन करीन व माझ्या शैक्षणिक अध्ययनात खंड पडू देणार नाही अशी मी हमी देतो/दिते.
वर नमूद केलेली सर्व माहिती खरी आहे.

विभाग प्रमुखाचे नाव व स्वाक्षरी

विद्यार्थ्यांचे नाव व स्वाक्षरी

सदर विद्यार्थी गरीब व गरजू असून योजनेसाठी दिलेली माहिती खरी आहे.



महाविद्यालयाचा प्रिन्सिपल

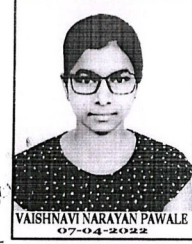
अधिष्ठाता/प्राचार्यांची सही

PRINCIPAL

D. Nikam

महाराष्ट्र आरोग्य विज्ञान विद्यापीठ, नाशिक
"कमवा व शिका" योजनेतर्गत प्रवेश मिळविण्यासाठी
विद्यार्थ्यांनी करावयाचा नमुना अर्ज

(समपत्र "अ")



VAISHNAVI NARAYAN PAWALE
07-04-2022

१. विद्यार्थ्यांचे संपूर्ण नाव : वैठोवी नारायण पवले
२. शिकत असलेल्या महाविद्यालयाचे नाव : DKMM, होमिओपॅथिक मेडिकल कॉलेज
३. विद्यार्थ्यांचा कायम निवासी पत्ता : आचार्यनगर, वासमात रोड,
परभणी - 431401
४. मोबाईल नंबर / दुरध्वनी क्र. (STD) कोडसह : 791 749988 3695
५. ईमेल आयडी : Vaishnavipawale44@gmail.com
६. जन्म तारीख : 25/10/2001 वय : 22 वर्षे
७. सध्या शिकत असलेला वर्ग आणि कोर्स : first year CBHMSJ
८. मागीलवर्षी झालेल्या परीक्षेत मिळालेले एकूण गुण व टक्केवारी (%): 71.69 %
(गतवर्षीच्या गुणपत्रिकेची स्वसाक्षात्कृत प्रत सोबत जोडावी.)
९. वडीलांचे/पालकांचे संपूर्ण नाव श्री / श्रीमती : नारायण मंगळदेव पवले
१०. नोकरी / व्यवसाय : खासगी नोकरी
११. एकत्रित वार्षिक उत्पन्न : रु. 50 हजार (60,000) (तहसिलदारांनी दिलेल्या उत्पन्नाचा दाखला स्वसाक्षात्कृत करून जोडावा.)
१२. कोणते काम निवडले आहे : १) _____
२) _____
३) _____
१३. अध्ययन तासिका कालावधी : _____
१४. मागास वर्गीय असल्यास प्रकार : माळी प्रवर्ग : ओ वी सी
१५. विद्यार्थ्यांचा आधारकार्ड नंबर : 20966873 5438 (आधारकार्ड स्वसाक्षात्कृत प्रत सोबत जोडणे अनिवार्य)
१६. योजनेच्या अटी, शर्ती, हिशोब, आर्थिक व्यवहार याबाबत सर्व नियमांचे मी पालन करीन व माझ्या शैक्षणिक अध्ययनात खंड पडू देणार नाही अशी मी हमी देतो/दिते.
जर नमूद केलेली सर्व माहिती खरी आहे.
विभाग प्रमुखाचे नाव व स्वाक्षरी

Vaishnavi
Vaishnavi Pawale
विद्यार्थ्यांचे नाव व स्वाक्षरी

सदर विद्यार्थी गरीब व गरजू असून योजनेसाठी दिलेली माहिती खरी आहे.



Shal
अधिष्ठाता/प्राचार्यांची सही
PRINCIPAL
M. HOMOEOPATHIC
MEDICAL COLLEGE