



कार्यालय अधिष्ठाता
पं.जवाहर लाल नेहरू स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय,
रायपुर (छत्तीसगढ़)

Phone No.+91-0771-2525602,2890001(Fax) 0771-2523919 E-mail.ptjnm mcr@rediffmail.com www.ptjnmcraipur.in

क्रमांक/चिकि./छात्र-यूजी/2020/13604

रायपुर दिनांक 05/12/2020

//सूचना//

छ.ग.शासन चिकित्सा शिक्षा विभाग मंत्रालय महानदी भवन, नया रायपुर, अटल नगर रायपुर के आदेश क्रं एफ 17-35/2020/9/पचपन-4 दिनांक 04.12.2020 के परिपालन में इस महाविद्यालय में अध्ययनरत् समस्त एम.बी.बी.एस. छात्र/छात्राओं को सूचित किया जाता है कि दिनांक 14.12.2020 से समस्त सैद्धांतिक/प्रायोगिक/क्लीनिकल कक्षाएँ प्रारंभ की जावेगी। अतः कोविड-19 एवं एन.एम.सी. (Guidelines for reopening of Medical College Post Lockdown due to Covid-19 Pandemic Dated 29-11-2020) द्वारा जारी किये गये सभी नियमों का पालन करते हुए अपनी उपस्थिति सुनिश्चित करें।

नोट:-समस्त छात्र-छात्राएँ निम्न दस्तावेजों के साथ अपनी उपस्थिति महाविद्यालय में सुनिश्चित करें।

1. सहमति पत्र की मूल प्रति अभिभावक के हस्ताक्षर सहित (महाविद्यालय की वेबसाईट का अवलोकन करें)।
2. कोविड-19 की नेगेटिव रिपोर्ट (RTPCR) जो कि रायपुर पहुंचने के अधिकतम 05 दिवस पूर्व का ना हों।

अधिष्ठाता

पं.ज.ने.स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय
रायपुर छ.ग.

रायपुर दिनांक 05/12/2020

क्रमांक/चिकि./छात्र-यूजी/2020/13605-13
प्रतिलिपि:-

1. अवर मुख्य सचिव, छ.ग.शासन चिकित्सा शिक्षा विभाग मंत्रालय महानदी भवन, नया रायपुर, अटल नगर रायपुर की ओर सूचनार्थ।
2. संचालक चिकित्सा शिक्षा छ.ग.रायपुर की ओर सूचनार्थ।
3. संयुक्त संचालक एवं अधीक्षक, भीमराव अंबेडकर चिकित्सालय रायपुर की ओर सूचनार्थ।
4. समस्त विभागाध्यक्ष, चिकित्सा महाविद्यालय रायपुर की ओर सूचनार्थ।
5. समस्त वार्डन चिकित्सा महाविद्यालय रायपुर की ओर सूचनार्थ।
6. प्रभारी, कम्प्यूटर शाखा, चिकित्सा महाविद्यालय रायपुर की ओर सूचनार्थ।
7. लेखा शाखा, चिकित्सा महाविद्यालय रायपुर की ओर सूचनार्थ।
8. प्रभारी अधिकारी, लाइब्रेरी शाखा, चिकित्सा महाविद्यालय रायपुर की ओर सूचनार्थ।
9. समस्त सूचना पटल, चिकित्सा महाविद्यालय रायपुर की ओर सूचनार्थ।

5/12/2020

पं.ज.ने.स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय
रायपुर छ.ग.

सहमति शपथ पत्र

(कोविड-19 वैश्विक महामारी के परिदृश्य में छात्रों के चिकित्सा महाविद्यालय रायपुर में अध्ययन हेतु भेजे जाने सहमति प्रदाय करने छात्रों के अभिभावक द्वारा प्रस्तुत किया जावे)

- 01 मैं उम्र.....
पिता वर्तमान में
..... पते पर निवासरत हूँ।
- 02 मेरा पुत्र/पुत्री (नाम) एम.बी.बी.एस.
..... वर्ष मे चिकित्सा महाविद्यालय रायपुर में अध्ययनरत है।
- 03 वर्तमान में कोविड-19 वैश्विक महामारी के कारण उत्पन्न परिस्थितियों एवं उसकी भयावहता से मैं एवं मेरा पाल्य पूर्णतः परिचित है।
- 04 मुझे ज्ञात है कि चिकित्सा महाविद्यालय रायपुर में वर्तमान में गैर कोविड के साथ-साथ कोविड मरीजों का भी ईलाज किया जा रहा है।
- 05 मुझे ज्ञात है कि अध्ययन कार्य हेतु लगने वाली क्लीनिकल पोस्टिंग/व्याख्यान कक्षाओं की शैक्षणिक गतिविधियों एवं हॉस्टल में निवास करने पर कोविड संक्रमित व्यक्ति के सम्पर्क में आने एवं संक्रमित होने की पूर्ण सम्भावना हो सकती है।
- 06 मैं शपथ पूर्वक कथन करता हूँ कि मेरे एवं मेरे पाल्य के द्वारा केन्द्र सरकार, राज्य सरकार, नियामक आयोग एवं संस्थान द्वारा कोविड-19 महामारी रोकथाम हेतु जारी किए गए समस्त नियमों/अनुदेशों/निर्देशों का पूर्णतः पाठन कर लिया गया है एवं मेरा पाल्य संस्थान में अध्ययन एवं निवास के दौरान उन समस्त नियमों का पूर्ण रूपेण पालन करने हेतु प्रतिबद्ध है।
- 07 मेरे पाल्य की संक्रमण की किसी भी घटना के लिए चिकित्सा महाविद्यालय रायपुर प्रबंधन उत्तरदायी नहीं होगा और न ही तत्संबंध में मेरे द्वारा कोई अभ्यावेदन अथवा प्रतिवाद प्रस्तुत किया जावेगा।
- 08 कोविड-19 महामारी के रोकथाम हेतु जारी किए गए किसी भी निर्देश के मेरे पाल्य के द्वारा पालन न करने की स्थिति में मेरे पाल्य के विरुद्ध कोई भी अनुशासनात्मक एवं वैधानिक कार्यवाही की जा सकेगी।
- 09 मुझे ज्ञात है कि यदि मैं अपने पाल्य को महाविद्यालय में अध्ययन कार्य हेतु नहीं भेजता हूँ तो, विश्वविद्यालय द्वारा घोषित परीक्षा से मेरे पाल्य को, परीक्षा में शामिल होने के लिए न्यूनतम आवश्यक उपस्थिति न होने के कारण, वंचित किया जा सकता है।
- 10 अतः मैं उपरोक्त समस्त जोखिमों एवं परिस्थितियों को पूर्णरूपेण जानते हुए एवं समझते हुए शपथपूर्वक कथन करता हूँ कि मैं अपने पाल्य को अपने पूर्ण जिम्मेदारी पर चिकित्सा महाविद्यालय रायपुर में उसके एम.बी.बी.एस. पाठ्यक्रम को पूर्ण करने हेतु भेज रहा हूँ। किसी भी दुर्घटना हेतु चिकित्सा महाविद्यालय रायपुर प्रबंधन जिम्मेदार नहीं होगा।

हस्ताक्षर(नाम सहित)

छात्र/छात्रा

हस्ताक्षर (अभिभावक)

(नाम, पता एवं मो.नम्बर)