गोंडवाना विद्यापीठ, गडचिरोली

(महाराष्ट्र शासन अधिसूचना क्रमांक २००७/(३२२/०७) विशि –४ महाराष्ट्र 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 अधिनियमक्रमांक ६) द्वारा संचालीत राज्य विद्यापीठ)

परीक्षा व मुल्यमापण मंडळ विभाग

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

दूरध्वनी क्रमांक: कार्यालय: ०७१३२–२२३३२०
ईमेल: director.boee@unigug.ac.in

जा.क्र./गों.वि./परीक्षा विभाग/१३०५/२०२५

दि. १२/११/२०२५

प्रति,
मा. प्राचार्य,
सर्व संलग्नित महाविद्यालये,
गोंडवाना विद्यापीठ, गडचिरोली.

विषय:– प्रवेशित दिव्यांग विद्यार्थ्यांची माहिती पाठविणेबाबत.

संदर्भ:–
१. Under Secretary, Ministry of social justice & Empowerment, New Delhi, यांचे पत्र दिनांक २९/०८/२०१८.
२. मा. संचालक, उच्च शिक्षण, महाराष्ट्र राज्य पुणे यांचे पत्र दि. २८/११/२०१८.
३. University Grants Commission यांचे F.No.6-2/2013(SCT), Feb. 2019 चे पत्र.

महोदय,

उपरोक्त संदर्भीय विषयान्वये कळविण्यात येते की, गोंडवाना विद्यापीठाची हिवाळी–२०२५ ची परीक्षा दि. १७/११/२०२५ पासून सुरू होत आहे. आपल्या महाविद्यालयात प्रवेशित असलेल्या विद्यार्थ्यांपैकी दिव्यांग विद्यार्थ्यांची माहिती विद्यापीठात दि. १५/११/२०२५ पर्यंत सोबत संलग्नित Appendix I & II प्रपत्रानूसार सादर करावी. जेणे करून त्यानूसार विद्यार्थ्यांना लेखनिक उपलब्ध करून देणे, परीक्षेमध्ये नियमानूसार अधिकचे वेळ देणे इ. प्रक्रिया करणे सोईचे होईल. तसेच दिनांक १५/११/२०२५ नंतर याबाबत कोणतीही माहिती स्विकारण्यात येणार नाही व विद्यार्थ्यांचे शैक्षणिक नुकसान झाल्यास संबंधित महाविद्यालय जबाबदार राहील याची नोंद घ्यावी.

सहपत्र:– वरीलप्रमाणे

(डॉ. पी. ए. पोटदुखे)
Director
संचालक
Board Of Examination & Evaluation
परीक्षा व मुल्यमापन मंडळ
Gondwana University, Gadchiroli
गोंडवाना विद्यापीठ, गडचिरोली

APPENDIX- I

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, Lcomotor disability – Prthopaedic specialist/PMR).

APPENDIX- II

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: