

## सहमति शपथ पत्र

(कोविड-19 वैश्विक महामारी के परिदृश्य में छात्रों के भारत रत्न स्व.श्री अटल बिहारी वाजपेयी स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय, राजनांदगाँव में अध्ययन हेतु भेजे जाने सहमति प्रदाय करने छात्रों के अभिभावक द्वारा प्रस्तुत किया जावे)

- 01 मैं .....पिता.....उम्र.....  
वर्तमान में .....  
..... पते पर निवासरत हूँ।
- 02 मेरा पुत्र/पुत्री .....(नाम) एम.बी.बी.एस. ....  
वर्ष..... में भारत रत्न स्व.श्री अटल बिहारी वाजपेयी स्मृति चिकित्सा  
महाविद्यालय, राजनांदगाँव 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 भारत रत्न स्व.श्री अटल बिहारी वाजपेयी स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय,  
राजनांदगाँव 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 आयोगो 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 भारत रत्न स्व.श्री अटल बिहारी वाजपेयी  
स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय, राजनांदगाँव 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 भारत रत्न स्व.श्री  
अटल बिहारी वाजपेयी स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय संबद्ध चिकित्सालय, राजनांदगाँव में उसके  
एम.बी.बी.एस. पाठ्यक्रम को पूर्ण करने हेतु भेज रहा हूँ। किसी भी दुर्घटना हेतु भारत रत्न स्व.  
श्री अटल बिहारी वाजपेयी स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय, राजनांदगाँव प्रबंधन जिम्मेदार नहीं  
होगा।

हस्ताक्षर (नाम सहित)  
छात्र/छात्रा

हस्ताक्षर (अभिभावक)  
(नाम, पता एवं मो.नम्बर)