

प्रारूप

नोटराइज्ड शपथ-पत्र

(रुपये 100 के नॉन जुडीशियल स्टाम्प पेपर पर निष्पादित)

मध्यप्रदेश के स्थानीय निवासी / मूल निवासी अभ्यर्थी के द्वारा दिया जाने वाला शपथ-पत्र

मैं.....पुत्र / पुत्री / पत्नी श्री.....

निवासी.....मध्यप्रदेश के चिकित्सा / दंत चिकित्सा महाविद्यालय में स्नातक / स्नातकोत्तर पाठ्यक्रम में शैक्षणिक सत्र में प्रवेश हेतु अभ्यर्थी हूं।

मैंने मध्यप्रदेश शासन चिकित्सा शिक्षा विभाग के मध्यप्रदेश चिकित्सा शिक्षा प्रवेश नियम 2018 को भलीभांति पढ़कर समझ लिया है।

मैं शपथ पूर्वक यह कथन करता / करती हूं कि मैंने अन्यत्र राज्य से स्थानीय निवासी / मूल निवासी प्रमाण पत्र प्राप्त नहीं किया है।

मैंने यह भली भांति समझ लिया है कि मेरे द्वारा दी गयी जानकारी गलत पाये जाने पर मेरा प्रवेश स्वतः निरस्त हो जायेगा।

हस्ताक्षर

नाम-

पता-

दिनांक-