

संख्या: 1074 / यूपीयूएमएस / छात्रप्रकोष्ठ(2880 / 299) / 2021-22 दिनांक 23 अक्टूबर 2021

नोटिस

विषय- प्रदेश के युवाओं के तकनीकी सशक्तिकरण हेतु टैबलेट/स्मार्टफोन वितरण योजना लागू किये जाने के सम्बन्ध में।

उ0प्र0 शासन, चिकित्सा शिक्षा अनुभाग-4, लखनऊ के पत्र सं. 71-4099 / 1102 / 2021-4 दिनांक 18.10.2021, औद्योगिक विकास अनुभाग-1, उ0प्र0 शासन, लखनऊ के पत्र सं. 77-1099 / 156 / 2021-1-पार्ट(4) दिनांक 11.10.2021 एवं दिनांक 30.09.2021 के माध्यम से प्राप्त निर्देशों के अनुसार प्रदेश के युवाओं के तकनीकी सशक्तिकरण हेतु टैबलेट/स्मार्ट फोन वितरण योजना लागू किया जाना प्रस्तावित है। इस हेतु लाभार्थियों का डाटा बेस तैयार किया जाना है।

अतः विश्वविद्यालय में अध्ययनरत समस्त एम0बी0बी0एस0 एवं पी0जी0 प्रथम वर्ष से फाईनल वर्ष तक के छात्र/छात्राओं को निर्देशित किया जाता है कि वह तत्काल निम्नानुसार कार्यवाही करना सुनिश्चित करें-

1. संलग्न प्रारूप पर अपना विवरण अंकित करते हुए हार्डकापी छात्र प्रकोष्ठ में जमा करें। यह प्रारूप विश्वविद्यालय की वेबसाईट पर भी उपलब्ध है।
2. छात्र/छात्राओं को अपना विवरण हार्ड कापी के साथ-साथ साफ्टकापी में ऑनलाईन भी उपलब्ध कराया जाना अनिवार्य है। इस हेतु निम्नलिखित क्यूआर कोड/लिंक पर गूगल फार्म में अपना सही-सही डाटा अंकित करते हुए ऑनलाईन डाटा उपलब्ध करायें।




shorturl.at/mxzHW

(डा0 आलोक कुमार)
संकायाध्यक्ष, चिकित्सा संकाय

प्रतिलिपि-

1. कुलसचिव।
2. संकायाध्यक्ष, छात्र कल्याण।
3. समस्त सम्बन्धित विभागाध्यक्ष विभाग के पी0जी0 रेजिडेन्ट्स को उक्तानुसार त्वरित कार्यवाही करने के लिए निर्देशित करने का कष्ट करें।
4. मुख्य छात्रावास अधीक्षक को उपरोक्त सूचना छात्र/छात्राओं को प्रेषित करने हेतु।
5. वैयक्तिक सहायक को मा0 कुलपति महोदय के अवलोकनार्थ।
6. समस्त छात्र/छात्राओं को नोटिस बोर्ड के माध्यम से त्वरित कार्यवाही हेतु प्रेषित।


(डा0 आलोक कुमार)
संकायाध्यक्ष, चिकित्सा संकाय

प्रदेश के युवाओं के तकनीकी सशक्तिकरण हेतु टैबलेट/स्मार्टफोन वितरण
योजना लागू किये जाने विषयक

Student's Tentative Data Format

SI	Details	Students Basic Data Required in CAPITAL LETTERS only
i.	Student's Name	
ii.	Gender	
iii.	Father's Name	
iv.	Mother's Name	
v.	Date of Birth	Day Month..... Year..... (DD/MM/YYYY)
vi.	Aadhar Number	(Please enclose copy of Aadhar card)
vii.	Mobile Number	
viii.	Email ID (in CAPITAL letter's only)	
ix.	Permanent Address	
x.	Tehsil	
xi.	District	
xii.	PIN Code	
xiii.	Native State	
xiv.	University Name	UTTAR PRADESH UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES, SAIFAI, ETAWAH- 206130
xv.	Institution Code	U-0882 (AISHE Code)
xvi.	Institution Name & Address	UTTAR PRADESH UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES, SAIFAI, ETAWAH- 206130
xvii.	Student Enrollment Number	
xviii.	Name of Course	MEDICAL
xix.	Level of Course (Graduate/Post Graduate)	
xx.	Course enrolled in (MBBS/MD/MS/MDS/MCh.)	
xxi.	Current Course Year (1 st Year/ 2 nd Year/ 3 rd Year etc.)	
xxii.	Subject-1	
xxiii.	Subject-2	
xxiv.	Subject-3	
xxv.	Subject-4	
xxvi.	Subject-....	

Date:/...../.....

Batch:.....

Signature of Student with Date