

## உறுதி ஆவணம்

நான் \_\_\_\_\_ வயது \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ அவர்களின் மகன் / மகள் \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ல்  
வசித்து வருகிற நான் கீழ்க்காணும் அறிவிப்புகளை ஏற்றுக் கொள்வதாக  
உறுதி கூறுகிறேன்.

1. நான் \_\_\_\_\_ ம் கல்வியாண்டில் இந்திய மருத்துவச் சங்கம்  
தமிழ்நாடு கிளையினால் நடத்தப்படும் \_\_\_\_\_

எனும் துணை மருத்துவப்படிப்பில் என் சொந்த விருப்பத்திலும்,  
ஆசையிலும், என் பெற்றோர் - பாதுகாவலர் ஒப்புதல் பெற்று  
விண்ணப்பித்துள்ளேன். விண்ணப்பப் படிவத்தில் உள்ள உள்ளீடுகள்  
அனைத்தும் உண்மை மற்றும் முழுமையானவை என மனப்பூர்வமாக  
அறிக்கையிடுகிறேன்.

2. இந்திய மருத்துவச் சங்கம் தமிழ்நாடு கிளையால் நடத்தப்படும் துணை  
மருத்துவப்படிப்பு, அரசு / நர்சிங் கவுன்சில்/எந்த பல்கலைக் கழகத்தின்  
அங்கீகாரம் பெறப்படவில்லை என இந்நிறுவனம் மற்றும்  
மருத்துவமனை-ஆல் எனக்கு விளக்கப்பட்டுள்ளது. இது இந்திய  
மருத்துவ சங்கத்தில் பதிவு செய்துள்ள தனியார் மருத்துவமனைகளில்  
பணிபுரிவதற்கான படிப்பு எனவும், அரசு பணிகளில் சேரவோ,  
விண்ணப்பிக்கவோ இயலாது எனவும் தெரிவிக்கப்பட்டது.
3. எனது வகுப்பறைப் பயிற்சி மற்றும் நடைமுறை பயிற்சி  
வகுப்புகளுக்காக, எந்த நேரத்திலும், எந்த நகர்ப்புற / கிராமப்புற/  
கிராமப்புற பகுதிகளின் நிறுவனம் / மருத்துவமனை/ கிளினிக் -ன் எந்த  
துறையிலும் பணியாற்ற நான் தயாராக இருப்பேன்.
4. கடமையில் அலட்சியம் காரணமாக நிறுவனத்தின் அசையும் மற்றும்  
அசையா சொத்துகளுக்கு என்னால் ஏற்பட்டுள்ள சேதங்களின் செலவை,  
செலுத்த இதன் வாயிலாக ஒப்புக்கொள்கிறேன்.

5. நான் முதல்வர் / இயக்குநரிடமிருந்து உரிய முன் அனுமதி பெறாமல், வகுப்புகளில் கலந்து கொள்ளாமல் இருக்க மாட்டேன்.
6. செலுத்தப்பட்ட பயிற்சி கட்டணம் எந்த சூழ்நிலையிலும் திரும்பப் பெறவோ அல்லது சரி செய்யவோ முடியாது என்பதை மிகவும் தெளிவாக குறித்துக் கொண்டுள்ளேன். குடும்ப சூழ்நிலைகள் / குடும்பப் பொருளாதார நிலை / மோதல்கள் / சர்ச்சைகள் ஆகிய பிரச்சினைகளினால் பயிற்சியை தொடர முடியா நிலைமை மற்றும் வேறு எந்த காரணத்திற்கும் நிறுவனம் பொறுப்பேற்காது.
7. பயிற்சிக் காலத்தில் ஏதேனும் தகராறு /விவாதம் ஏற்பட்டால், இந்திய மருத்துவச் சங்கத்தின் முடிவு இறுதியானது, மற்றும் நிறுவனத்திற்கு எதிரான சட்ட நடவடிக்கைகளுக்கான அதிகார வரம்பு சென்னை, தமிழ்நாடு, இந்தியா மட்டுமே.
8. நான் இந்நிறுவனத்தின் இயக்குநர் /முதல்வரின் முடிவுகள் / இந்திய மருத்துவச்சங்கத்தின் அறிவுறுத்தல்களுக்கு இணங்க ஒப்புக் கொள்கிறேன். மேலும் தவறான நடத்தை, கீழ்ப்படியாமை மற்றும் அனுமதியின்றி வகுப்பில் இல்லாததற்காக எனக்கு அபராதம் விதிக்கப்படுவதை நான் ஆட்சேபிக்க மாட்டேன். இது தொடர்பாக முதல்வர் / இயக்குநர் / இந்திய மருத்துவச் சங்கத்தின் எந்த முடிவுக்கும் எதிராக நான் எந்த நீதி மன்றத்திலும் புகார் தெரிவிக்க மாட்டேன்.
9. நான் அரசியல் நடவடிக்கைகள் மற்றும் மாணவர்ச்சங்கம்/ போன்றவற்றில் பங்கேற்க மாட்டேன்.
10. தங்கும் விடுதி மற்றும் நிறுவனத்தில் எந்தவொரு போதைப்பொருட்களையும் / புகையிலையையும் நான் பயன்படுத்த மாட்டேன். மேலும் எனது பயிற்சி காலத்தில் உயர்தரமான தன்மை, நடத்தை மற்றும் சுகாதாரத்தை பராமரிக்க நான் உறுதியளிக்கிறேன்.
11. நிறுவனத்திற்குள் கைப்பேசி / தங்க ஆபரணங்களை நான் பயன்படுத்த மாட்டேன். கண்டுபிடிக்கப்பட்டால் அத்தகைய பொருட்களை நிறுவனம் என்னிடமிருந்து பெற்றுக் கொள்ள உரிமையுள்ளது என அறிவேன்.

12. இந்திய மருத்துவச் சங்கம் தமிழ்நாடு கிளையின் முடிவு செய்துள்ள ஆடைநெறிகளை நான் கடைப்பிடிப்பேன்.

மாணவர் கையொப்பம்

நாள்:.....

பெற்றோர் / பாதுகாவலர் கையொப்பம்

மருத்துவமனை / துணை மருத்துவ நிறுவனம் பயன்பாட்டிற்காக இணைக்கப்பட்டுள்ள ஆவணங்கள்.

இயக்குநர் / முதல்வர் / அதிகாரியின்

முத்திரை

இந்திய மருத்துவச்சங்கம் தமிழ்நாடு கிளையின்  
பயன்பாட்டிற்காக

பாடநெறி குறியீடு.....

பதிவு எண்.

இந்திய மருத்துவச் சங்க மாநில செயலாளர் / இந்திய மருத்துவச் சங்கம் துணை மருத்துவ தலைவர் / செயலாளர்.