

शपथ—पत्र

मैं.....माता/पिता/पति का नाम श्रीमान/
श्रीमती आयु निवासी
.....राज्य शपथपूर्वक कथन करता/करती हूँ:—

1. यह कि दिनांक को चिकित्सा महाविद्यालय
..... में विषय के
.... पद के लिये साक्षात्कार में उपस्थित हुआ/हुई।
2. यह कि साक्षात्कार के परिणाम आने के पश्चात मेरा चयन होता है, तो मैं
महाविद्यालय द्वारा दी गई समयावधि में अपना कार्यभार ग्रहण करने हेतु बाध्य
रहुंगा/रहुंगी।
3. यह कि चयन होने के पश्चात दिये गये समयावधि में, मैं अपना कार्यभार ग्रहण
नहीं करता/करती हूँ, तो महाविद्यालय को यह अधिकार होगा कि वे मेरा
चयन रद्द कर सकते हैं तथा अगले दो वर्ष तक मध्यप्रदेश के किसी भी
स्वशासी चिकित्सा महाविद्यालय की चयन में किसी भी पद पर आवेदन करने
हेतु मैं अनर्हित रहुंगा/रहुंगी।
4. यह कि मेरे द्वारा प्रस्तुत किये गये प्रमाण पत्रों में भविष्य में कोई विसंगति
अथवा जालसाजी पाई जाती है तो महाविद्यालय को यह अधिकार होगा कि वे
मेरी सेवा समाप्त कर सकता हैं।
5. यह कि किसी भी वाद-विवाद की स्थिति में महाविद्यालय का निर्णय सर्वमान्य
होगा।

शपथग्रहिता

(नाम एवं हस्ताक्षर)