



राजस्थान पैरामेडिकल कौंसिल, जयपुर

सी-7(ए) सुल्तान हाउस सवाई जयसिंह हाईवे बनीपार्क जयपुर -302016
Website : rajasthanparamedicalcouncil.org, Contact : 0141-2973804
Email-id pmcrajasthan.gov.in@gmail.com, Contact : 0141-4004914

क्रमांक: पैरामेडि.कौ/मान्यता/2022/215

दिनांक 22/03/2022

प्रधानाचार्य/सचिव/निदेशक
समस्त मान्यता प्राप्त निजी पैरामेडिकल संस्थान/कॉलेज
राजस्थान।

विषय :- मान्यता/संबद्धता शुल्क सत्र 2021-22 जमा करवाने के क्रम में।

राजस्थान पैरामेडिकल कौंसिल, जयपुर की बैठक दिनांक 12.04.2019 में लिये गये निर्णयानुसार राजस्थान पैरामेडिकल कौंसिल द्वारा पैरामेडिकल पाठ्यक्रमों के संचालन हेतु मान्यता प्राप्त महाविद्यालयों/संस्थाओं द्वारा नियमानुसार प्रतिवर्ष प्रति कोर्स/पाठ्यक्रम RS. 25,000/- मान्यता शुल्क देय है। 25 सीटो हेतु 25,000/- एवं 50 सीटो हेतु 50,000 तथा इससे अधिक सीट होने पर सीटो के संख्या के अनुपातिक रूप में लिये जाने एवं निर्धारित अवधि में जमा नहीं कराये जाने पर 5,000/- रूपये शास्ति राशि देय होगी।

कौंसिल द्वारा मान्यता प्राप्त सभी निजी महाविद्यालयों/संस्थाओं को निर्देशित किया जाता है कि जिन संस्थानों द्वारा संलग्न शपथ पत्र में वर्णित शर्तों की पूर्ति कर शपथ पत्र प्रस्तुत कर दिया है वे संस्थान ही निर्धारित वार्षिक मान्यता/संबद्धता शुल्क दिनांक 25.03.2022 से 31.03.2022 तक बिना विलम्ब शुल्क तथा दिनांक 05.04.2022 तक 5,000/- रूपयें (प्रति कोर्स) विलम्ब शुल्क सहित जमा कराना सुनिश्चित करें एवं संलग्न प्रपत्रों, एवं शपथ पत्र सहित सम्पूर्ण दस्तावेजात इस कार्यालय में दिनांक 31.03.2022 को साय: 6:00 बजे तक हार्ड कॉपी एवं सॉफ्ट कॉपी जरिये रजिस्टर्ड डॉक से कार्यालय में भिजवाना सुनिश्चित करें।

शीघ्र ही शैक्षणिक सत्र 2021-22 के लिए प्रवेश प्रक्रिया प्रारम्भ की जा रही है। निर्धारित तिथि तक मान्यता शुल्क जमा नहीं करवाने एवं शपथ पत्र पेश नहीं करने वाली संस्थानों/महाविद्यालयों को सत्र 2021-22 की प्रवेश प्रक्रिया की काउन्सलिंग में शामिल नहीं किया जायेगा तथा संस्थान की मान्यता समाप्त कर दी जावेगी।

संलग्न :- उपरोक्तानुसार

(कैलाश नारायण मीना)

R.A.S.

रजिस्ट्रार

दिनांक 22/03/2022

क्रमांक: पैरामेडि.कौ/मान्यता/2022/215

प्रतिलिपि निम्न को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित है:-

1. निजी सचिव शासन सचिव, महोदय चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग, जयपुर।
2. निजी सचिव संयुक्त शासन सचिव, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य (ग्रुप-3) विभाग, जयपुर।
3. अध्यक्ष महोदय, राजस्थान पैरामेडिकल कौंसिल, जयपुर।
4. प्रभारी सर्वर रूम को भेजकर लेख है कि उक्त आदेश आज ही वेबसाईट पर अलपॉड करें।
5. रक्षित पत्रावली।

रजिस्ट्रार

शपथ पत्र

(50 रूपये के नोन ज्यूडिशियल स्टाम्प पर)

मैं.....पुत्र श्री.....आयु..... जाति.....
निवासी.....मोबाइल नं.....संस्थान

.....के पद पर कार्यरत हूँ एवं सशपथ बयान करता हु कि :-

1. यह है कि हमारी संस्थान.....को पैरामेडिकल कोर्स संचालन हेतु राजस्थान पैरामेडिकल कौंसिल, अधिनियम 2008 की धारा 28(4) के अंतर्गत दिनांकमान्यता प्रदान की गई थी।
2. यह है कि हमारी संस्थान ने मान्यता प्राप्ति के उपरान्त 05 वर्ष पूर्ण कर लिये है। तथा संस्थान द्वारा राजस्थान पैरामेडिकल कौंसिल विनियम 2014 के Part XV Rule 53 (1) A के प्रावधानों की अनुपालना में स्वयं के भवन में संस्थान को शिफ्ट कर लिया है/पूर्व से ही स्वयं के स्वामित्व के भवन में संचालित है।

अथवा

यह है कि हमारी संस्थान को मान्यता प्राप्ति के उपरान्त 05 वर्ष पूर्ण नहीं हुये है। तथा संस्थान द्वारा राजस्थान पैरामेडिकल कौंसिल विनियम 2014 के Part XV Rule 53 (1) A के प्रावधानों की अनुपालना में 05 वर्ष पूर्ण होने पर स्वयं के भवन में संस्थान को शिफ्ट कर लिया जावेगा।

3. यह कि हमारी संस्थान का वर्तमान स्थायी पता निम्नानुसार है :-
4. यह कि संस्थान के स्थायी पते के अक्षांश/ देशान्तरीय (Longitude/latitude) निम्नानुसार है :-

(A) अक्षांश (B) देशान्तर.....

5. हमारी संस्थान द्वारा Clinical Establishment Act के तहत पंजीयन करवा लिया गया है जिसका पंजीयन प्रमाण पत्र संख्या.....एवं दिनांक.....है।
6. संस्थान द्वारा राजस्थान पैरामेडिकल कौंसिल अधिनियम 2008 नियम 2014 व संशोधित नियम 2015 के समस्त प्रावधानो की हमारे द्वारा पालना की जा रहीं है, तथा संलग्न प्रपत्र की पूर्ति कर दी गई है।

दिनांक -

हस्ताक्षर शपथग्रहिता

सत्यापन

मैंपुत्र श्री.....आयु.....जाति.....
निवासी.....मोबाइल नं.....संस्थान

.....के पद पर कार्यरत हूँ एवं सत्यापित करता हूँ कि शपथ पत्र के बिन्दु संख्या 01 लगायत 06 मेरे निजी ज्ञान एवं रिकार्ड के अनुसार सही एवं सत्य है। ईश्वर मेरी रक्षा करें।

हस्ताक्षर सत्यापनकर्ता

al

To,
The Registrar,
Rajasthan Para Medical Council,
Jaipur, Rajasthan.

Subject :- Self declaration about infrastructure & facilities in the institution.

Ref. :-Your letter no. Dated

In reference to the above cited letter, hereby submit and declare as under :-

1. Date of the inspection -
2. Name of the institution -
3. Name of the Chairperson/Secretary -
4. Name of the society/Trust/Company -
5. Complete address where paramedical course will run. -
6. Name of the Principal/Dean/HOD with qualification -
7. Name of the courses applied for and requested annual admissions.

S. No.	Name of the course	Number of seats

8. Other courses running in the same premises -
9. Physical facilities are available as per norms (Please sign in yes or No column only)

S. No.	Description	Area	Yes	No
1	Principal Office			
2	Office facilities			
3	Number of class rooms			
4	Number of labs			
5	Library			
6	Common facilities			
7	Transportation facilities			
8	Boys and Girls hostel			
9	Sports facilities			

10. Library facilities are available as per norms (Mention Yes or No) -

11. Clinical facilities are available as per norms (Please sign in Yes or No column only) :-

Sr. No.	Particulars		
1	Name of own hospital/Lab		
2	Proof of the Hospital/Lab being own hospital/lab		
3	Beds distribution		
4	Pollution Control Board Certificate		
5	Clinical Establishment Registration		
6	Distance of institute from Hospital/Lab in K.M.		
7	Course wise clinical facilities		
	Name of Course	Details of clinical facilities available.	Facilities are as per Norms Yes/No

12. Teaching facilities available :-

S.No.	Name of the faculty	Qualification	Teaching Experience	Date of Joining	Part time/Full time

Teaching facility is as per norms. Yes No

13. Required equipment as per norms are available (Right only Yes or No)
(Purchase bills of the equipment should be verified by the inspector.)

14. Videography of required infrastructure facility done in my presence and video CD is enclosed.

15. Any other information.
(No recommendation to be given)

**Signature and Name
of Principal**

DECLARATION

I..... S/o
having present residential address
..... am
the principal of college (with address)

..... hereby declare that the statement and declaration furnished by the institution, whose principal I am, are true to the best of my knowledge and belief and that I am free from the disqualification mentioned in the Rajasthan Paramedical Council Act, 2008, rules and regulations. I promise in the event of being granted extension of recognition and in consideration thereof to be bound by and to confirm in all respects to the rules, regulation etc. framed by Council from time to time in force.

Place :
Date :

Seal & Signature of Principal

Note:-

1. Please attach Xerox-copy of photo id.
2. It is compulsory to give the declaration on Non-Judicial Stamp paper of 100/- Rupees.



[Type text]

T

[Type text]

6

Details of Teaching Faculties Available

Sr. No.	Name of Faculty with Designation	Qualifications	Date of Joining	Teaching Experience	Aadhar No.	Mobile No.	Email id.	Complete Residential Address

✓