



शासकीय औषधनिर्माणशास्त्र महाविद्यालय, अमरावती.

कठोरा नाका अमरावती ४४४६०

(०७२१) २५३१६९० (०)
www.gcopamravati.ac.in

Fax. No. ०७२१) २५३१८२७
e-mail: gcopam@gmail.com

क्रमांक शाऔनिशाअम/विव/२०१८/५५८
दिनांक १६/०४/२०१८

प्रति,

परिक्षा नियंत्रक,
संत गाडगेबाबा अमरावती विद्यापीठ,
अमरावती.

संदर्भ :- ~~दिनांक~~ अब्दुलाह यांचा दिनांक १६/०४/२०१८ रोजीचा अर्ज.

विषय:- परीक्षेत एक तास जास्त वेळ बसु देण्याबाबत-----

मा. महोदय,

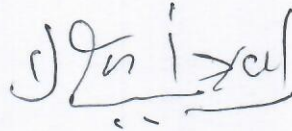
उपरोक्त संदर्भाकित विषयात अनुसरुन आपणास कळवू इच्छितो की, दिनांक १६/०४/२०१८ रोजीचा अर्ज हा या संस्थेतील बी फॉर्म तिसरे वर्षाला शिकत असुन डोळ्यांना अपंगत्व असल्याने त्याला परीक्षेत एक तास जादा बसण्याची परवानगी देण्यात यावी, ही विनंती.

सहपत्र - वरील प्रमाणे

आपला विश्वासु


प्राचार्य

शासकीय. औषधनिर्माणशास्त्र. महाविद्यालय
अमरावती





Principal
Govt. Pharmacy College,
Amravati.

शासकीय औषधनिर्माणशास्त्र महाविद्यालय, अमरावती.



(०७२१) २५३१६९० (O)
www.gcopamravati.ac.in

कठोरा नाका अमरावती ४४४६०४

Fax. No. ०७२१) २५३१८२७
e-mail: gcopamt@gmail.com

क्रमांक शा.औ.नि.शा.अम./वि.वि./२०१६/ 1383
दिनांक २६/११/२०१६

प्रति,

सहाय्यक कुलसचिव
परीक्षा विभाग,
संत गाडगेबाबा अमरावती विद्यापीठ,
अमरावती.

विषय:- परीक्षेत एक तास जास्त वेळ वसु देण्याबाबत..

महोदय,

उपरोक्त विषयास अनुसरून आपणास कळवू इच्छितो की, या संस्थेतील अमन शंकरप्रसाद पांडे बी फार्म प्रथम वर्ष प्रथम सेम मधील विद्यार्थीनी असून तो शारीरिक दृष्ट्या अपंग आहे. तरी तीला नियमानुसार परीक्षेत एक तास जास्त वेळ देण्यात यावा हि विनंती. सोबत डॉक्टरांचे प्रमाणपत्राची छायांकित प्रत जोडलेली आहे.

प्राचार्य

शासकीय.औषधनिर्माणशास्त्र.महाविद्यालय
अमरावती

प्रत:-१) अमन शंकरप्रसाद पांडे यांना प्रत

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Aman Shankarprasad Pandey

27/11/2018



Principal
Govt. Pharmacy College,
Amravati.



(०७२१) २५३१६९० (O)
www.gcopamravati.ac.in

कठोरा नाका अमरावती ४४४६०४

Fax No. ०७२१) २५३१८२७
e-mail: gcopamt@gmail.com

शासकीय औषधनिर्माणशास्त्र महाविद्यालय, अमरावती.

क्रमांक शाऔनिशाअम/वि/२०१९/ 456
दिनांक २५/०४/२०१९

प्रति,

सहाय्यक कुलसचिव
परीक्षा विभाग,
संत गाडगेबाबा अमरावती विद्यापीठ,
अमरावती.

विषय:- परीक्षेत एक तास जास्त वेळ वसु देण्याबाबत..

महोदय,

उपरोक्त विषयास अनुसरून आपणास कळवू इच्छितो की, या संस्थेतील **रुपेश रा. डोईफोडे** बी फार्म प्रथम वर्ष मधील विद्यार्थी असून तो शारीरिक दृष्ट्या अपंग आहे. तरी त्याला नियमानुसार परीक्षेत एक तास जास्त वेळ देण्यात यावा हि विनंती. सोबत डॉक्टरांचे प्रमाणपत्राची छायांकित प्रत जोडलेली आहे.

म्राचार्य

शासकीय.औषधनिर्माणशास्त्र.महाविद्यालय

प्रत:-१) रुपेश रा. डोईफोडे यांना प्रत

अमरावती ०५/४

@doifode



Principal
Govt. Pharmacy College,
Amravati.

शासकीय औषधनिर्माणशास्त्र महाविद्यालय, अमरावती.



(०७२१) २५३१६९० (O)
www.gcopamravati.ac.in

कठोरा नाका अमरावती ४४४६०४

Fax. No. ०७२१) २५३१८२७
e-mail: gcopamt@gmail.com

क्रमांक शाऔनिशाअम/विवि/२०१९/
दिनांक २६/०४/२०१९

469

प्रति,

सहाय्यक कुलसचिव
परीक्षा विभाग,
संत गाडगेबाबा अमरावती विद्यापीठ,
अमरावती.

विषय:- परीक्षेत एक तास जास्त वेळ वसु देण्याबाबत..

महोदय,


उपरोक्त विषयास अनुसरून आपणास कळवू इच्छितो की, या संस्थेतील **निलेश गजानन बाजड** बी फार्म चतुर्थ वर्ष मधील विद्यार्थी असून तो शारीरिक दृष्ट्या अपंग आहे. तरी त्याला नियमानुसार परीक्षेत एक तास जास्त वेळ देण्यात यावा हि विनंती. सोबत डॉक्टरांचे प्रमाणपत्राची छायांकित प्रत जोडलेली आहे.


प्राचार्य

शासकीय.औषधनिर्माणशास्त्र.महाविद्यालय
अमरावती

प्रत:-१) निलेश गजानन बाजड यांना प्रत




Principal
Govt. Pharmacy College,
Amravati.



शासकीय औषधनिर्माणशास्त्र महाविद्यालय, अमरावती.



(०७२१) २५३१६९० (O)
www.gcopamravati.ac.in

कठोरा नाका अमरावती ४४४६०४

Fax. No. ०७२१) २५३१८२७
e-mail: gcopamt@gmail.com

क्रमांक शाऔनिशाअम/विवि/२०१९/ 1025

दिनांक २३/०८/२०१९

प्रति,

सहाय्यक कुलसचिव
परीक्षा विभाग,
संत गाडगेबाबा अमरावती विद्यापीठ,
अमरावती.

विषय:- परीक्षेत एक तास जास्त वेळ वसु देण्याबाबत..

महोदय,

अरोक्त विषयास अनुसरून आपणास कळवू इच्छितो की, या संस्थेतील **अमन शंकरप्रसाद पांडे** बी फार्म द्वितीय वर्ष मधील विद्यार्थी असून तो शारीरिक दृष्ट्या अपंग आहे. तरी त्याला नियमानुसार परीक्षेत एक तास जास्त वेळ देण्यात यावा हि विनंती. सोबत डॉक्टरांचे प्रमाणपत्राची छायांकित प्रत जोडलेली आहे.

प्राचार्य

शासकीय.औषधनिर्माणशास्त्र.महाविद्यालय

अमरावती

प्रत:-१) अमन शंकरप्रसाद पांडे यांना प्रत

Pande

Aman Shankarprasad Pande
26/08/2019



Principal
Govt. Pharmacy College,
Amravati.

शासकीय औषधनिर्माणशास्त्र महाविद्यालय, अमरावती.



(०७२१) २५३१६९० (O)
www.gcopamravati.ac.in

कठोरा नाका अमरावती ४४४६०४

Fax. No. ०७२१) २५३१८२७
e-mail: gcopamt@gmail.com

क्रमांक शाऔनिशाअम/विवि/२०१९/ 1198
दिनांक १९/१०/२०१९

प्रति,

सहाय्यक कुलसचिव
परीक्षा विभाग,
संत गाडगेबाबा अमरावती विद्यापीठ,
अमरावती.

विषय:- परीक्षेत एक तास जास्त वेळ वसु देण्याबाबत..

महोदय,

उपरोक्त विषयास अनुसरून आपणास कळवू इच्छितो की, या संस्थेतील कु. दिपाली सी. पवार बी फार्म द्वितीय वर्ष मधील विद्यार्थीनी असून ती शारीरिक दृष्ट्या अपंग आहे. तरी तीला नियमानुसार परीक्षेत एक तास जास्त वेळ देण्यात यावा हि विनंती. सोबत डॉक्टरांचे प्रमाणपत्राची छायांकित प्रत जोडलेली आहे.

प्रत:-१) कु. दिपाली सी. पवार यांना प्रत

प्राचार्य
शासकीय. औषधनिर्माणशास्त्र. महाविद्यालय
अमरावती



Principal
Govt. Pharmacy College,
Amravati.

शासकीय औषधनिर्माणशास्त्र महाविद्यालय, अमरावती.



(०७२१) २५३१६९० (O)
www.gcopamravati.ac.in

कठोरा नाका अमरावती ४४४६०४

Fax. No. ०७२१) २५३१८२७
e-mail: gcopamt@gmail.com

क्रमांक शाऔनिशाअम/विवि/२०१९/ 1236
दिनांक १३/११/२०१९

प्रति,

सहाय्यक कुलसचिव
परीक्षा विभाग,
संत गाडगेबाबा अमरावती विद्यापीठ,
अमरावती.

विषय:- परीक्षेत एक तास जास्त वेळ वसु देण्याबाबत..

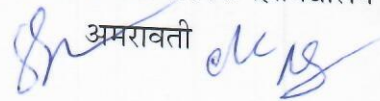
महोदय,

उपरोक्त विषयास अनुसरून आपणास कळवू इच्छितो की, या संस्थेतील रुपेश रा. डोईफोडे बी फार्म द्वितीय वर्ष मधील विद्यार्थी असून तो शारीरिक दृष्ट्या अपंग आहे. तरी त्याला नियमानुसार परीक्षेत एक तास जास्त वेळ देण्यात यावा हि विनंती. सोबत डॉक्टरांचे प्रमाणपत्राची छायांकित प्रत जोडलेली आहे.


प्राचार्य

शासकीय.औषधनिर्माणशास्त्र.महाविद्यालय

प्रत:-१) रुपेश रा. डोईफोडे यांना प्रत

अमरावती 



Principal
Govt. Pharmacy College,
Amravati.

शासकीय औषधनिर्माणशास्त्र महाविद्यालय, अमरावती.



(०७२१) २५३१६९० (O)
www.gcopamravati.ac.in

कठोरा नाका अमरावती ४४४६०४

Fax No. ०७२१) २५३१८२७
e-mail: gcopamt@gmail.com

क्रमांक शाऔनिशाअम/विवि/२०१९/

दिनांक १३/११/२०१९

1238
14/11/19

प्रति,

सहाय्यक कुलसचिव
परीक्षा विभाग,
संत गाडगेबाबा अमरावती विद्यापीठ,
अमरावती.

विषय:- परीक्षेत एक तास जास्त वेळ वसु देण्याबाबत..

महोदय,

उपरोक्त विषयास अनुसरून आपणास कळवू इच्छितो की, या संस्थेतील मोनाली मो. सावरबांधे बी फार्म तृतीय वर्ष मधील विद्यार्थीनी असून ती शारीरिक दृष्ट्या अपंग आहे. तरी तीला नियमानुसार परीक्षेत एक तास जास्त वेळ देण्यात यावा हि विनंती. सोबत डॉक्टरांचे प्रमाणपत्राची छायांकित प्रत जोडलेली आहे.

प्रत:- मोनाली मो. सावरबांधे यांना प्रत

प्राचार्य

शासकीय.औषधनिर्माणशास्त्र.महाविद्यालय

अमरावती

DT :- 15-11-19



Principal
Govt. Pharmacy College,
Amravati.

शासकीय औषधनिर्माणशास्त्र महाविद्यालय, अमरावती.



(०७२१) २५३१६९० (O)
www.gcopamravati.ac.in

कठोरा नाका अमरावती ४४४६०४

Fax. No. ०७२१) २५३१८२७
e-mail: gcopamt@gmail.com

क्रमांक शाऔनिशाअम/विवि/२०१९/१३०२
दिनांक २९/११/२०१९

प्रति,

सहाय्यक कुलसचिव
परीक्षा विभाग,
संत गाडगेबाबा अमरावती विद्यापीठ,
अमरावती.

विषय:- लेखनिकाची सहाय्यता घेण्याबाबत..

संदर्भ :- आशुतोष म. मालठाणे बी फार्म प्रथम वर्ष यांचा दिनांक २९/११/२०१९ चा अर्ज

महोदय,

उपरोक्त विषयास अनुसरून आपणास कळवू इच्छितो की, या संस्थेतील आशुतोष म. मालठाणे बी फार्म प्रथम वर्ष मधील विद्यार्थी असून त्याचा अपघात झाल्याने त्याचे हात फ्रॅक्चर झालेले आहे. त्याचा प्रथम सेम व द्वितीय सेम चे परीक्षा असल्याने तरी त्याला लेखनिस देण्यात यावा, जेणेकरून त्याला त्याचे राहिलेले पेपर देता येईल हि विनंती. सोबत डॉक्टरांचे प्रमाणपत्राची छायांकित प्रत जोडलेली आहे.

प्रत:- आशुतोष म. मालठाणे यांना प्रत
२९.११.२०१९

प्राचार्य

शासकीय.औषधनिर्माणशास्त्र.महाविद्यालय
अमरावती



Principal
Govt. Pharmacy College,
Amravati.

Medical Certificate

This is to Certify that Shri/Smt Ashutosh M. Malhale
is/was under my treatment for wrist fracture
since 10 days He/she has been advised rest (absence from duty or work)

from 24 to 10/12/2019

(both days inclusive) in continuation of the previous certificate
dated _____ he/she is further advised rest
till 10/12/2019

He/she is re-examined by me
on 24/11/19 at 2 A.M/P.M. and is found to be fit and can
resume his/her duty from 11/12/2019

Signature/Thumb impression of the patient _____

Mark of identification of the patient made on
Right Hand.

Doctor's Name. signature and Regd. No.

DR. MAHENDRA KALE
M.B.B.S., M.S. (Ortho.)
Reg. No. 59062



Principal
Govt. Pharmacy College,
Aniravati.

Government of Maharashtra

Form-IV

Disability Certificate

(In cases other than those mentioned in Forms II and III) (See rule 4)

PI/ 211
दिनांक 6/11/15



NAME OF THE HOSPITAL:

District Hospital, Amravati
(Maharashtra, India)

Certificate Number: 224321

Date: 27/10/2015

This is to certify that I have carefully examined.

Person Identification Number: PI50300313276

Aadhar Number: N/A

Shri/Smt./Kum: PANDE AMAN SHANKARPRASAD SAROJ

Father Name: Shri/Smt./Kum. SHANKARPRASAD

Date of Birth (dd/mm/yyyy):

Age: 15 years

Gender: Male

Permanent Address:

House Address: lahanuji maharaj mandir

Village: Amravati

District: Amravati

Taluka: Amravati

Pincode: N/A

whose photograph is affixed above, and am satisfied that he / she is a case of **Physical Impairment** disability. His / Her extent of percentage physical impairment / disability has been evaluated as per guidelines and is shown against the relevant disability in the table below :-

Disability	Affected part of Body	Diagnosis	Disability (in %)
Physical Impairment	Spine	SCOLIOSIS DORSAL SPINE	47

1. The Above condition is **Permanent, non-progressive, not likely to improve**
2. Reassessment of disability
3. The applicant has submitted following documents as proof of residence: **Aadhar Card**
4. The applicant has submitted following documents as proof of Identity: **Aadhar Card**

(Signature and Seal of Authorised Signatory of notified Medical Authority)

Dr. V.K. Kurkoti

Orthopedic Surgeon

Member

Regn. No. : 55694

Dr. Ashok Wankar

Additional Civil Surgeon

Member Secretary

Regn. No. : 56967

Dr. A.A. Raut

Civil Surgeon

President

Regn. No. : 2001/07/2599

Signature/Thumb impression of the person whose favour disability certificate is issued

Note: This is not valid for Medico Legal cases.



Principal
Govt. Pharmacy College,
Amravati.



Print

Log Out

Government of Maharashtra
Form-IV

Disability Certificate

(In cases other than those mentioned in Forms II and III) (See rule 4)

EYE-NO. 07
13/01/2016

NAME OF THE HOSPITAL:

District Hospital, Amravati
(Maharashtra, India)

Certificate Number: 238908

Date: 23/12/2015

This is to certify that I have carefully examined.

Person Identification Number: VI50300333512

Aadhar Number: N/A

Shri/Smt./Kum: DOIFODE RUPESH RAMESHWARRAO N/A

Father Name: Shri/Smt./Kum. RAMESHWARRAO

Date of Birth (dd/mm/yyyy): 28/11/2000

Age: 15 years

Gender: Male

Permanent Address:

House Address: BADNERA

Village: Amravati

District: Amravati

Taluka: Amravati

Pincode: 444701

whose photograph is affixed above, and am satisfied that he / she is a case of *Visual Impairment* disability. His / Her extent of percentage physical impairment / disability has been evaluated as per guidelines and is shown against the relevant disability in the table below :-

Disability	Affected part of Body	Diagnosis	Disability (in %)
Visual Impairment	Both Eyes	BOTH EYE HIGH MYOPIA	40

1. The Above condition is *Permanent, non-progressive, not likely to improve*

2. Reassessment of disability

3. The applicant has submitted following documents as proof of residence: *Aadhar Card*4. The applicant has submitted following documents as proof of Identity: *Aadhar Card*

(Signature and Seal of Authorised Signatory of notified Medical Authority)

DR. T. RADE
Ophthalmic Surgeon
Member

Regn. No. : 2001/10/3312

Dr. Ashok Wankar
Additional Civil Surgeon
Member Secretary

Regn. No. : 56967

Dr. A. A. Raut
Civil Surgeon
President

Regn. No. : 2001/07/2599

Signature/Thumb impression of the person whose favour disability certificate is issued

Note: This is not valid for Medico Legal cases.





Government of Maharashtra
महाराष्ट्र शासन
Disability Certificate

(In cases other than those mentioned in Forms II and III) (See rule 4)

Government of Maharashtra
Disability Certificate

No. 599790



NAME OF THE HOSPITAL:



District Hospital, Washim
(Maharashtra, India)

Certificate Number: 553766

Date: 31/07/2018

This is to certify that I have carefully examined.

Person Identification Number: P150200758661

Aadhar Number: N/A

Shri/Smt./Kum. BAJAD NILESH GAJANAN KANTA

Father Name: Shri/Smt./Kum. GAJANAN

Date of Birth (dd/mm/yyyy): 05/06/1997

Gender: Male

Age: 21 years

Permanent Address:

House Address: Netansa

Village: Netanasa

District: Washim

Taluka: Risod

Pincode: 444504

whose photograph is affixed above, and am satisfied that he / she is a case of **Physical Impairment** disability. His / Her extent of percentage physical impairment / disability has been evaluated as per guidelines and is shown against the relevant disability in the table below :-

Disability	Affected part of Body	Diagnosis	Disability (in %)
Physical Impairment	Rt. L/L	PPRP Rt L/L.	47

1. The Above condition is **Permanent, non-progressive, not likely to improve**

2. Reassessment of disability

3. The applicant has submitted following documents as proof of residence: **Aadhar Card**

4. The applicant has submitted following documents as proof of Identity: **Aadhar Card**

(Signature and Seal of Authorised Signatory of notified Medical Authority)

Dr. Vipin A. Singh

Orthopedic Surgeon

Member

Regn. No. : 1840/04/2009

Dr. Balaji S. Haran

Additional Civil Surgeon / Member

Secretary

Member Secretary

Regn. No. : 2010/05/1656

Dr. Ambadas V. Sontakke

Civil Surgeon

President

Regn. No. : 52326

Signature/Thumb impression of the person whose favour disability certificate is issued

Note: This is not valid for Medico Legal cases.



Principal
Govt. Pharmacy College,
Aniravati.

Government of Maharashtra

Form-IV

Disability Certificate

(In cases other than those mentioned in Forms II and III) (See rule 4)

PI/ 211
दिनांक 6/11/15



NAME OF THE HOSPITAL:

District Hospital, Amravati
(Maharashtra, India)

Certificate Number: 224321

Date: 27/10/2015

This is to certify that I have carefully examined.

Person Identification Number: PI50300313276

Aadhar Number: N/A

Shri/Smt./Kum: PANDE AMAN SHANKARPRASAD SAROJ

Father Name: Shri/Smt./Kum. SHANKARPRASAD

Date of Birth (dd/mm/yyyy):

Age: 15 years

Gender: Male

Permanent Address:

House Address: lahanuji maharaj mandir

Village: Amravati

Taluka: Amravati

District: Amravati

Pincode: N/A

whose photograph is affixed above, and am satisfied that he / she is a case of **Physical Impairment** disability. His / Her extent of percentage physical impairment / disability has been evaluated as per guidelines and is shown against the relevant disability in the table below :-

Disability	Affected part of Body	Diagnosis	Disability (in %)
Physical Impairment	Spine	SCOLIOSIS DORSAL SPINE	47

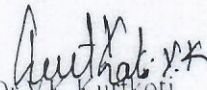
1. The Above condition is **Permanent, non-progressive, not likely to improve**

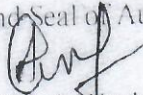
2. Reassessment of disability

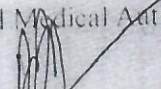
3. The applicant has submitted following documents as proof of residence: **Aadhar Card**

4. The applicant has submitted following documents as proof of Identity: **Aadhar Card**

(Signature and Seal of Authorised Signatory of notified Medical Authority)


Dr. V.K. Kulkarni
Orthopedic Surgeon
Member
Regn. No. : 55694


Dr. Ashok Wankar
Additional Civil Surgeon
Member Secretary
Regn. No. : 56967


Dr. A.A. Raut
Civil Surgeon
President
Regn. No. : 2001/07/2590

Signature/Thumb impression of the person whose favour disability certificate is issued

Note: This is not valid for Medico Legal cases.





Principal
Govt. Pharmacy College,
Amravati