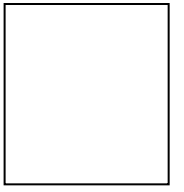




ಶರಣ ಮಾಗನೂರು ಬಸಪ್ಪ ಪ್ರತಿಷ್ಠಾನ (ರಿ)

963, ಬಸವ ಸದನ, ತರಳಬಾಳು ಬಡಾವಣೆ, ದಾವಣಗೆರೆ-577005

E-mail ID: sharanamaganurbasappapraty@gmail.com



ದ್ವಿತೀಯ, ತೃತೀಯ ಮತ್ತು ನಾಲ್ಕನೇ ವರ್ಷದ ವೈದ್ಯಕೀಯ/ದಂತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಾಧು ಲಿಂಗಾಯತ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳಿಗೆ ಆರ್ಥಿಕ ನೆರವು
ಮುಂದುವರಿಕೆ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ

1	ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಯ ಹೆಸರು:				
2	ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಯ ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ, ವಯಸ್ಸು ಮತ್ತು ಲಿಂಗ:				
3	ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಯ ಖಾಯಂ ವಿಳಾಸ ಮತ್ತು ಸ್ವ ಗ್ರಾಮದ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಮನೆತನದ ಹೆಸರು:				
4	ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ ವ್ಯಾಸಂಗ ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ /ದಂತ ವೈದ್ಯಕೀಯ/ಇಂಜಿನಿಯರಿಂಗ್ ಕಾಲೇಜು: ಅಧ್ಯಯನದ ವರ್ಷ ಮತ್ತು ವಿಭಾಗ :	ವಿಭಾಗ :			
		ವರ್ಷ :			
5	ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಯ ಆಧಾರ್ ನಂಬರ್, ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ :				
6	ತಂದೆಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ/ಉದ್ಯೋಗ : ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ :				
7	ತಾಯಿಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ /ಉದ್ಯೋಗ : ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ :				
8	ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರ ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ, ಅವರ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ ಹಾಗೂ ಉದ್ಯೋಗ : ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ :	ಸಂಖ್ಯೆ	ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ	ಉದ್ಯೋಗ	ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ
9	ನಮ್ಮ ಪ್ರತಿಷ್ಠಾನದ ವತಿಯಿಂದ ಈ ಹಿಂದೆ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ ವೇತನ ಪಡೆದಿರುವ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳು ದ್ವಿತೀಯ, ತೃತೀಯ ಮತ್ತು ನಾಲ್ಕನೇ ವರ್ಷಕ್ಕೆ ಶುಲ್ಕ ಪಾವತಿಸಿರುವ ರಶೀದಿ ಮತ್ತು ಹಿಂದಿನ ವರ್ಷದ ಅಂಕಪಟ್ಟಿ :	ದ್ವಿತೀಯ ವರ್ಷದ ಅಂಕಪಟ್ಟಿ ಮತ್ತು ರಶೀದಿ		ಲಗತ್ತಿಸಿದೆ <input type="checkbox"/>	ಲಗತ್ತಿಸಿಲ್ಲ <input type="checkbox"/>
		ತೃತೀಯ ವರ್ಷದ ಅಂಕಪಟ್ಟಿ ಮತ್ತು ರಶೀದಿ		ಲಗತ್ತಿಸಿದೆ <input type="checkbox"/>	ಲಗತ್ತಿಸಿಲ್ಲ <input type="checkbox"/>
		ನಾಲ್ಕನೇ ವರ್ಷದ ಅಂಕಪಟ್ಟಿ ಮತ್ತು ರಶೀದಿ		ಲಗತ್ತಿಸಿದೆ <input type="checkbox"/>	ಲಗತ್ತಿಸಿಲ್ಲ <input type="checkbox"/>