



ಶರಣ ಮಾಗನೂರು ಬಸಪ್ಪ ಪ್ರತಿಷ್ಠಾನ (ರಿ)

963, ಬಸವ ಸದನ, ತರಳಬಾಳು ಬಡಾವಣೆ, ದಾವಣಗೆರೆ-577005

E-mail ID: sharanamaganurbasappaprati@gmail.com

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮತ್ತು ದಂತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಾಧು ಲಿಂಗಾಯತ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳಿಗೆ ಆರ್ಥಿಕ ನೆರವು
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 ಕಾಲೇಜು:	
	ಅಧ್ಯಯನದ ವರ್ಷ ಮತ್ತು ವಿಭಾಗ :	1. 2. 3. 4.
5	ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಯ ಆಧಾರ್ ನಂಬರ್, ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ :	
6	ತಂದೆಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ/ಉದ್ಯೋಗ : ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ :	
7	ತಾಯಿ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ /ಉದ್ಯೋಗ : ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ :	
8	ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರ ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ, ಅವರ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ ಹಾಗೂ ಉದ್ಯೋಗ : ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ :	

9	ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಉಪಜಾತಿ :	ಸಾಧು ಲಿಂಗಾಯತ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ
10	ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಆದಾಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ :	ಲಗತ್ತಿಸಿದೆ ☐ ಲಗತ್ತಿಸಿಲ್ಲ ☐
11	ಕುಟುಂಬದ ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ :	ಲಗತ್ತಿಸಿದೆ ☐ ಲಗತ್ತಿಸಿಲ್ಲ ☐
12	ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್ ಜೆರಾಕ್ಸ್ ಪ್ರತಿ :	ಲಗತ್ತಿಸಿದೆ ☐ ಲಗತ್ತಿಸಿಲ್ಲ ☐
13	ಪ್ರಥಮ ವರ್ಷದ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳ ಅಂಕಪಟ್ಟಿ ಮತ್ತು ದಾಖಲಾತಿ ರಶೀದಿ :	ನೀಟ್ ರಾಂಕಿಂಗ್ ಪ್ರತಿ / ರಶೀದಿ ಲಗತ್ತಿಸಿದೆ ☐ ಲಗತ್ತಿಸಿಲ್ಲ ☐
14	ಎರಡನೇ /ಮೂರನೇ/ ನಾಲ್ಕನೇ ವರ್ಷದ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳ ಹಿಂದಿನ ವರ್ಷದ ಅಂಕಪಟ್ಟಿ ಮತ್ತು ದಾಖಲಾತಿ ರಶೀದಿ :	ಲಗತ್ತಿಸಿದೆ ☐ ಲಗತ್ತಿಸಿಲ್ಲ ☐
15	ತಮ್ಮ ಊರಿನ ಸಾಧು ಲಿಂಗಾಯತ ಸಮಾಜದ ಇಬ್ಬರು / ಪ್ರಮುಖ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ವಿಳಾಸ ಮತ್ತು ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ :	1. 2.

ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಹಿ