



महाराष्ट्र राज्य माध्यमिक व उच्च माध्यमिक शिक्षण मंडळ,
नागपूर विभागीय मंडळ, सिव्हिल लाईन्स, नागपूर-४४०००९



e-mail:- msboardnagpur@gmail.com

www.nagpureduboard.in

पत्र क.नाविमं प.मा./प.उ.मा./
नागपूर, दिनांक 30/11/2022

4341

01/12

प्रति,

मुख्याध्यापक/प्राचार्य,
सर्व मान्यताप्राप्त शाळा/कनिष्ठ महाविद्यालये
नागपूर विभाग,
नागपूर

विषय :-उच्च माध्यमिक प्रमाणपत्र परीक्षा(इ.12 वी) फेब्रुवारी-मार्च 2023 करिता प्रविष्ट विद्यार्थ्यांची माहिती सादर करणेबाबत.

उपरोक्त विषयास अनुसरून आपणास कळविण्यात येते की, उच्च माध्यमिक प्रमाणपत्र परीक्षा फेब्रुवारी-मार्च 2023 करिता परीक्षा शुल्क भरण्याच्या चलनासह विद्यार्थी यादी व प्रिलिस्ट इ. साहित्य खालील प्रमाणे दर्शविलेल्या जिल्हा संकलन केंद्रावर दिनांक 07 /12 /2022 रोजी सकाळी 11.00 ते 05.00 सादर करण्यात यावे. त्याअनुषंगाने उपरोक्त साहित्य सादर करतांना सोबत खालील नमुद केल्याप्रमाणे कागदपत्र /दस्ताऐवज स्वतंत्र पाकीटात सादर करणे अनिवार्य राहिल.

1. आपल्या कनिष्ठ महाविद्यालयातील विद्यार्थी श्रेणीसुसार योजनेअंतर्गत (Under Class Improvement) प्रविष्ट झाला असल्यास संबंधित विद्यार्थ्यांच्या पुर्वीच्या इयत्ता 12 वीच्या गुणपत्रिकेची छांयांकित प्रत सादर करावी व गुणपत्रिकेवर **Class Improvement** असा उल्लेख करून आवेदनपत्र कमांक नमूद करावा.
2. आपल्या कनिष्ठ महाविद्यालयातील विद्यार्थी तुरळक विषय योजनेअंतर्गत (Isolated) व पुनर्परीक्षार्थी(Repeater) प्रविष्ट असल्यास संबंधित विद्यार्थ्यांच्या पुर्वीच्या इयत्ता 12 वी च्या गुणपत्रिकेची छांयांकित प्रत सादर करावी व गुणपत्रिकेवर **Isolated** व **Repeater** असा उल्लेख करून आवेदनपत्र कमांक नमूद करावा.
3. आपल्या कनिष्ठ महाविद्यालयातील दिव्यांग विद्यार्थी परीक्षेस प्रविष्ट होत असल्यास सदरील विद्यार्थ्यांचे दिव्यांग प्रमाणपत्र **Handicap / Disability Certificate** सादर करावे.

अ.क्र	संकलन केंद्राचे नाव
1	लाल बहादूर शास्त्री महाविद्यालय भंडारा, जि. भंडारा
2	नंदलाल पाटील कापगते विद्यालय साकोली, जि. भंडारा
3	जिल्हा परिषद ज्युबिली कनिष्ठ महाविद्यालय चंद्रपूर, जि. चंद्रपूर
4	जनता विद्यालय व कनिष्ठ महाविद्यालय नागभिड, जि. चंद्रपूर
5	नागपूर विभागीय मंडळ, नागपूर
6	न्यु इंग्लिश हायस्कूल वर्धा, जि. वर्धा
7	शिवाजी महाविद्यालय तथा कनिष्ठ महाविद्यालय गोकूळ नगर, गडचिरोली, जि. गडचिरोली
8	धर्मराव विद्यालय आलापल्ली, जि. गडचिरोली
9	हितकरणी विद्यालय आरमोरी, जि. गडचिरोली
10	गुजराती नॅशनल कनिष्ठ महाविद्यालय गोंदिया, जि. गोंदिया,

(श्रीराम चव्हाण)

विभागीय सहसचिव
नागपूर विभागीय मंडळ, नागपूर

- टिप : 1) प्रिलिस्ट जमा करतवेळी विद्यार्थी EXCEL यादी व प्रिलिस्ट मधील दुरुस्त्या असलेल्या पांभाचा वेगळा वेगळा बंध जमा करावा. तसेच दुरुस्ती नसलेली पाने स्वतंत्र वेगळा बंध तयार करून देण्यात यावा.
2) संकलन केंद्रावर येणा-या सर्व प्रतिनिधींनी तोंडाला मास्क लावणे अनिवार्य आहे. तसेच आरोग्य विभागाच्या निर्देशानुसार कोरोनाबाबत यथावत काळजी घ्यावी.

प्रतिलिपी:- 1) शिक्षण उपसंचालक, नागपूर विभाग, नागपूर यांना माहितीस्तव व उचित कार्यवाहीस्तव समादराने अग्रेषित.
2) शिक्षणाधिकारी (माध्य). जिल्हा परिषद, (भंडारा, चंद्रपूर, नागपूर, वर्धा, गडचिरोली, गोंदिया) यांना कळविण्यात येते की, आपले अधिनस्त सर्व संबंधित उच्च माध्यमिक शाळा व कनिष्ठ महाविद्यालयाला कळविण्याचे कार्यवाहीस्तव.

FORM I

MEDICAL CERTIFICATE FOR BLIND CANDIDATE

Attested
 Photograph

Certified that I, Dr. _____

Registration No. _____ have this _____ day of _____ 201____
 examined the candidate whose particulars are given below :-

1. Name of the Candidate : _____
2. Father's Name : _____
3. Sex : _____
4. Approximate Age : _____
5. Identification Mark : _____
6. Extant of Residual Vision, if any
 - i) Right eye
 - ii) Left eye
7. Onset of blindness (Please state whether blindness is from birth or acquired later. If it has been caused afterwards, the age and cause of blindness may be indicated). For the purpose of concessions granted to blind candidate, blinds are those who suffer from either of the following :
 - a) Total absence of sight :
 - b) Visual acuity not exceeding 6/60 on 20/20 (snellen) in the better eye with correcting lenses :
 - c) Limitation of the field of vision subtending an angle of 20 degree or worse.
8. Please mention the percentage of disability and state clearly whether the candidate is blind who can be considered for the purpose of giving concession granted by the Board to blind candidate.

Signature of candidate :

Place :

Date :

(Signature of Ophthalmologist)

Designation :

Office Stamp :

Address :

In College stamp and signature of Principal :