

श्री अरविन्द महाविद्यालय

SAC/2019/137

दिनांक: 04.07.2019

अधिसूचना

सभी शैक्षणिक और गैर-शैक्षणिक स्थायी कर्मचारियों को सूचित किया जाता है कि दिल्ली विश्वविद्यालय के नियमानुसार कर्मचारियों को मिलने वाली चिकित्सा सुविधाओं का लाभ लेने हेतु ऐसे कर्मचारी जिनके (आश्रित) बच्चों कि उम्र 18 वर्ष या इससे अधिक है उनको एक **UNDERTAKING FORM** प्रत्येक वर्ष मार्च माह में भरना अनिवार्य होगा। इसके लिये श्री तरूण कुमार, प्रशासनिक अधिकारी कक्ष में दिनांक 31.07.2019 (बुधवार) तक सम्पर्क करें।


(डॉ. विपिन कुमार)

प्राचार्य

04/07/19

कॉलेज वेबसाइट व नोटिस बोर्ड

SRI AUROBINDO COLLEGE
Malviya Nagar, New Delhi - 110017

SELF ATTESTED PROFORMA FOR DEPENDENT SON/DAUGHTER ABOVE 18 YEARS OF AGE

It is certified that Master/Miss _____ is
a bonafide dependent Son/Daughter of _____,
whose particulars are given below:

LATEST ATTESTED PASSPORT SIZE OF DEPENDENT	SELF PHOTO
---	---------------

Name of Dependent :																			
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date of Birth :																			
------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Aadhar No. :																			
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

It is also certified that Master/Miss _____ is not employed and is
having no income. He/She is fully dependent on me.

It is also certified that Master/Miss _____ is not married.

NOTE:-

1. A self-attested proforma as per format available shall be filled and rendered, each year in the month of April by all beneficiaries who have dependent children above 18 years of age.
2. The form will be self-attested by primary beneficiary, dependent.
3. The validity of self-attested proforma will be one year from the date of signature; on expiry of validity a fresh proforma shall be prepared.
4. Any false declaration/misuse of benefits will entail suspension or disciplinary proceedings against him in terms of the CCS (CCA) Rules.
5. Employee will be responsible for deletion of the name an ineligible dependent.

Date: _____

Place: _____

(Signature of Dependent)

(Signature of Employee/Member)

PRINCIPAL