

BOARD OF SCHOOL EDUCATION HARYANA, BHIWANI

Website:-www.bseh.org.in

HTET-2023

Email-assplexam@bseh.org.in

आवेदन पत्र-कम-अनुमति पत्र

Form SPL-2

दृष्टिहीन/अपने हाथों से लिखने में असमर्थ परीक्षार्थी (40 प्रतिशत या उससे अधिक अक्षमता)
परीक्षार्थी को **Compensatory Time** उपलब्ध करवाने के लिए

परीक्षा केन्द्र कोड : परीक्षा केन्द्र का नाम :

जिला : परीक्षा का नाम.....

- **परीक्षार्थी का विवरण (जिसे केवल Compensatory Time उपलब्ध करवाया गया है)**

:

अनुक्रमांक : नाम :

परीक्षा का नाम : परीक्षा तिथि :

Compensatory Time उपलब्ध करवाने का कारण :

परीक्षार्थी की विकलांगता की प्रतिशतता एवं स्थिति (स्थायी/अस्थायी).....

पत्राचार का पता :

स्थायी पता :

मोबाईल नं. : ई-मेल (यदि है) :

परीक्षार्थी के हस्ताक्षर

उपरोक्त **Compensatory Time** स्वीकृत किया जाता है।

हस्ताक्षर (केन्द्र अधीक्षक)

सलंगन : **परीक्षार्थी द्वारा Compensatory Time देने के लिए दिया गया अनुरोध पत्र व चिकित्सा प्रमाण-पत्र, Appendix-I की प्रति।**

Page ① of ②

Certificate regarding physical limitation in an examinee to write

This is to certify that, I have examined Mr/Ms/Mrs _____ (name of the candidate with disability), a person with _____ (nature and percentage of disability as mentioned in the certificate of disability), S/o/D/o _____, a resident of _____ (Village/District/State) and to state that he/she has physical limitation which hampers his/her writing capabilities owing to his/her disability.

Signature

Chief Medical Officer/Civil Surgeon/ Medical Superintendent of a
Government health care institution

Name & Designation.

Name of Government Hospital/Health Care Centre with Seal

Place:

Date:

Note:

Certificate should be given by a specialist of the relevant stream/disability (eg. Visual impairment - Ophthalmologist, Locomotor disability - Prthopaedic specialist/PMR).