



**Karnataka Nursing & Para Medical Sciences Education(Regulation), Authority
Para Medical Board,**

New No: 40/20A, Lakshmi Complex, First Floor, Opp. Vani Vilas Hospital, Fort,
Bengaluru-560002

Contact No: 080-26702159, 26705773, 26703922 **Fax:** 26705410

PMB/13/2020-21

Date: 29.12.2020

ಗೆ,

ನಿರ್ದೇಶಕರು/ಪ್ರಾಂಶುಪಾಲರು,

ಎಲ್ಲಾ ಸರ್ಕಾರಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ/ದಂತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜುಗಳು

ಎಲ್ಲಾ ಖಾಸಗಿ ಅರೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜುಗಳು,

ಕರ್ನಾಟಕ

ವಿಷಯ: Faculty Declaration Formನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ.

ಈ ಮೇಲ್ಕಂಡ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ, ಅರೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿಯಲ್ಲಿ ಸಂಯೋಜನೆಗೊಂಡಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಅರೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜುಗಳ ಪ್ರಾಂಶುಪಾಲರುಗಳು ತಮ್ಮ ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಅರೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕೋರ್ಸ್‌ಗಳಿಗೆ Teaching facultyಯಾಗಿ ನೇಮಕಗೊಂಡು ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಭೋದಕ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ Declaration Formನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ದಿನಾಂಕ:30.01.2021ರೊಳಗೆ ಈ ಪತ್ರದೊಂದಿಗೆ ಲಗತ್ತಿಸಿರುವ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ಕ್ಯಾನ್ ಮಾಡಿದ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಮಂಡಳಿಯ ಇ-ಮೇಲ್ pmbaffiliation@gmail.com ಗೆ ಸಲ್ಲಿಸಿ ಮೂಲ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ಅಂಚೆ ಅಥವಾ ಕೊರಿಯರ್ ಮೂಲಕ ಸಲ್ಲಿಸುವಂತೆ ಈ ಮೂಲಕ ಕೋರಲಾಗಿದೆ.

ವಿಶೇಷಾಧಿಕಾರಿಗಳು,

ಕರ್ನಾಟಕ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಮತ್ತು ಅರೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ
ವಿಜ್ಞಾನಗಳ ಶಿಕ್ಷಣ(ನಿಯಂತ್ರಣ) ಪ್ರಾಧಿಕಾರ,
ಬೆಂಗಳೂರು

DECLARATION FORM : 2020 - 21 - FACULTY

RECENT PHOTOGRAPH TO BE COUNTER SIGNED BY THE DEAN/PRINCIPAL

- 1. Name Dr/Mr/Ms/Mrs.....
- 2. Date of Birth & Age
- 3. Submit Photo ID proof issued by Govt. Authorities:
Photo ID submitted: PAN Card / Aadhar Card is Mandatory
Number Issued by.....

Note: 1) Without Photo ID, Declaration form will be rejected and will not be considered as teaching faculty.

- 4. Present Designation: _____
- 5. Certified copies of present appointment order at present institute attached.
- 6. Qualification: _____
- 7. **Note: Enclose a self attested copies of certificates**
- 8. Date of joining present institution: _____ as _____
- 9. Joining report at the present institute attached – Yes/No
- 10. Nature of appointment:
(a) Regular / Contractual / Full time / Part time / Honorary _____
- 11. Present Residential Address of Employee : _____

- 12. Permanent Residential Address of Employee: _____

- 13. **Copy of Aadhar Card attached as a proof of residence. Yes/No**
- 14. Contact Particulars: E-mail address: _____ Mobile Number: _____

DECLARATION

- 1. I, Dr./Mr/Ms/Mrs _____ am working as _____ in the Department of _____ at _____ Para Medical College and do hereby give an Undertaking that I am a full time Regular / Full time / Part time / Honorary teacher in _____ working at this Institute.
- 2. It is declared that each statement and/ or contents of this declaration and / or documents, certificates submitted along with the declaration form, by the undersigned are absolutely true, correct and authentic. In the event of any statement made in this declaration subsequently turning out to be incorrect or false the undersigned has understood and accepted that such misdeclaration in respect to any content of this declaration shall also be treated as a gross misconduct thereby rendering the undersigned liable for necessary disciplinary action

Signature & Seal of Principal

Signature of Faculty

For PMB Office Use FIN No (Faculty Identification Number)

[Empty box for Faculty Identification Number]