ક્રમાંક:મઉમશબ/ગુજકેટ/દિવ્યાંગ/૨૦૨૬/૧૬૩૦-૧૭૦૪

ગુજરાત માધ્યમિક અને
ઉચ્ચતર માધ્યમિક શિક્ષણ બોર્ડ,
સેક્ટર-૧૦ બી, સચિવાલય પાસે,
ગાંધીનગર
તા.૨૭/૦૨/૨૦૨૬

પ્રતિ,
જિલ્લા શિક્ષણાધિકારીશ્રી,
જિલ્લા શિક્ષણાધિકારીશ્રીની કચેરી, (તમામ)
ગુજરાત રાજ્ય.

વિષય: દિવ્યાંગજન અધિકાર અધિનિયમ-૨૦૧૬'ની જોગવાઈ અનુસાર દિવ્યાંગ ઉમેદવારને ગુજકેટ પરીક્ષા માટે આપવામાં આવતી છૂટછાટ/રાહત અંગે.

સંદર્ભ:-
1. The Rights of persons with disabilities Act-2016 (No:49 of 2016)
2. ભારત સરકાર દ્વારા તા.૨૯/૦૮/૨૦૧૮ના રોજ F.No.34-02/2015-DD-III થી જાહેર કરેલ ઓફિસ મેમોરેન્ડમ.
3. ભારત સરકાર દ્વારા તા.૧૦/૦૮/૨૦૨૨ના રોજ F.No.29-06/2019-DD-III થી જાહેર કરેલ ઓફિસ મેમોરેન્ડમ.
4. ભારત સરકાર દ્વારા તા.૦૧/૦૮/૨૦૨૫ના રોજ F.No. P-13013/75/2023-Policy-DD-III થી જાહેર કરેલ ઓફિસ મેમોરેન્ડમ.

ઉપરોક્ત વિષય અને સંદર્ભ અન્વયે જણાવવાનું કે, દિવ્યાંગ ઉમેદવારને 'દિવ્યાંગજન અધિકાર અધિનિયમ-૨૦૧૬' (૨૦૧૬નો ૪૯)ની જોગવાઈઓ તેમજ ભારત સરકારના સંદર્ભ-૨, ૩અને ૪ અનુસાર જાહેર કરેલ ઓફિસ મેમોરેન્ડમને ધ્યાને લઇ દિવ્યાંગ ઉમેદવારને ગુજકેટ પરીક્ષામાં છૂટછાટ/રાહત આપવા અંગે આથી સૂચનાઓ પ્રસિધ્ધ કરવામા આવે છે.

ગુજકેટ પરીક્ષા આપનાર ગુજરાત માધ્યમિક અને ઉચ્ચતર માધ્યમિક શિક્ષણ બોર્ડના તથા અન્ય બોર્ડના દિવ્યાંગ ઉમેદવાર માટે ગુજકેટ-૨૦૨૬થી અમલી રહેશે. સદર જોગવાઇઓ આ સાથે સામેલ પરિશિષ્ટ-ક- દિવ્યાંગ ઉમેદવારો માટે જોગવાઈ (ગુજકેટ) તરીકે સામેલ છે.

(આર. આર. વ્યાસ)
સચિવ
ગુજરાત માધ્યમિક અને
ઉચ્ચતર માધ્યમિક શિક્ષણ બોર્ડ,
ગાંધીનગર

નકલ સવિનય રવાના: (જાણ સારુ)

- માન. કોર્ટ ઓફ કમિશ્નર, (દિવ્યાંગ વ્યક્તિઓ માટેના) ગુજરાત રાજ્ય

નકલ સવિનય રવાના:

- માન.અગ્રસચિવશ્રી, શિક્ષણ; બ્લોક નં-૫, નવા સચિવાલય, ગાંધીનગર
- અંગત સચિવ, માન. અગ્રસચિવશ્રી, સામાજિક ન્યાય અને અધિકારિતા વિભાગ, ગુજરાત સરકાર
- માન. અધ્યક્ષશ્રી & માન. ના.અધ્યક્ષશ્રી ગુ.મા. અને ઉ.મા. શિક્ષણ બોર્ડ, ગાંધીનગર
- માન. કલેક્ટરશ્રી, ગુજરાત રાજ્ય (તમામ), જિલ્લા પરીક્ષા સમિતિની બેઠક દરમિયાન દિવ્યાંગ વિદ્યાર્થીની વ્યવસ્થા બાબતે સમીક્ષા કરવા સારુ.

નકલ રવાના: (જાણ તેમજ જરૂરી કાર્યવાહી સારુ)

- નાયબ નિયામકશ્રી-પરીક્ષા (વિજ્ઞાન પ્રવાહ), ગુ.મા. અને ઉ.મા. શિક્ષણ બોર્ડ, ગાંધીનગર

પરિશિષ્ટ-ક

દિવ્યાંગ ઉમેદવારો માટે જોગવાઈ (ગુજકેટ)

અનુક્રમ નંબર	દિવ્યાંગ ઉમેદવારનાં અધિકાર	જોગવાઈ
૧	દિવ્યાંગતાનું પ્રમાણપત્ર	દિવ્યાંગતા પ્રમાણપત્ર (DisabilityCertificate):-'દિવ્યાંગજન અધિકાર અધિનિયમ-૨૦૧૬'ના શીડ્યુલમાં સામેલ દિવ્યાંગતા (Disability) અંગે આરોગ્ય વિભાગ દ્વારા નિયત કરેલ સક્ષમ તબીબી સત્તાધિકારી/સંસ્થા, જેમકે; I. ગુજરાત સરકારના આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગ દ્વારા નિયત કરવામાં આવેલ સક્ષમ તબીબી સત્તાધિકારી દ્વારા આપવામાં આવેલ દિવ્યાંગતા પ્રમાણપત્ર; II. ભારત સરકાર દ્વારા સક્ષમ તબીબી સત્તાધિકારી તરીકે નિયત કરેલ હોસ્પિટલના ચીફ મેડિકલ ઓફિસર/ સિવિલ સર્જન/ મેડિકલ સુપરીન્ટેન્ડન્ટ દ્વારા આપવામાં આવેલ દિવ્યાંગતા પ્રમાણપત્ર (Disability Certificate); III. રાષ્ટ્રીય કક્ષાની રેકગ્નાઈઝ સંસ્થા, જેમ કે;નેશનલ એસોસિએશન ફોર ધ બ્લાઈંડ, Spastic Society of India, ઇત્યાદિ દ્વારા આપવામાં આવેલ દિવ્યાંગતા પ્રમાણપત્ર (Disability Certificate); IV. ગુજરાત સરકાર દ્વારા માન્ય અન્ય કોઈ સંસ્થાના સક્ષમ તબીબી સત્તાધિકારી; દ્વારા આપવામાં આવેલ 'દિવ્યાંગતા પ્રમાણપત્ર (Disability Certificate)'(સ્વાવલંબન પોર્ટલ પ્રમાણપત્ર) V. ૪૦%થી ઓછી દિવ્યાંગતા ધરાવતા ઉમેદવારના કિસ્સામાં, સક્ષમ તબીબી અધિકારી દ્વારા તેમને ઉપલબ્ધ કરાવવાની છૂટછાટ/રાહત/સવલત બાબતનું પ્રમાણપત્ર.
૨	લહિયા (રાઈટર)/વાચક (રીડર)ની સેવા	I. ગુજરાત માધ્યમિક અને ઉચ્ચતર માધ્યમિક શિક્ષણ બોર્ડ દ્વારા લેવામાં આવતી ગુજકેટ પરીક્ષામાં લખવામાં અસમર્થ હોય તેવા દિવ્યાંગ ઉમેદવારને સક્ષમ મેડિકલ ઓફિસર દ્વારા આપવામાં આવેલ સ્વાવલંબન પોર્ટલ પ્રમાણપત્ર અથવા પરિશિષ્ટ-૧૪ મુજબ ૪૦%થી વધારે દિવ્યાંગતા ધરાવતા હોય તેવું પ્રમાણપત્ર અથવા પરિશિષ્ટ-૧૫ મુજબ ૪૦% થી ઓછી દિવ્યાંગતા ધરાવતા હોય તેવા પ્રમાણપત્રક આધારે લહિયાની સુવિધા મળવાપાત્ર થશે. II. દિવ્યાંગ ઉમેદવાર તેનાથી એક ધોરણ નીચેનો પોતાની પસંદનો, પોતાની અથવા અન્ય શાળાનો, વિદ્યાર્થી 'લહિયા' તરીકે રાખી શકશે આ માટે પરિશિષ્ટ-૧૬ મુજબ પ્રમાણપત્ર રજૂ કરવાનું રહેશે. III. લહિયો મેળવવા ઈચ્છતા દિવ્યાંગ ઉમેદવારે, ગુજકેટ પરીક્ષાના ઓનલાઈન આવેદનપત્ર ભરાયા બાદ જરૂરી આધારો સાથે પરીક્ષા માટે જે જિલ્લાનું પરીક્ષા કેન્દ્ર પસંદ કરેલ હોય તે જિલ્લાના જિલ્લા શિક્ષણાધિકારીશ્રીને લહીયાની મંજૂરી માટે દિન- ૧૫માં રજૂઆત કરવાની રહેશે

		IV. જે દિવ્યાંગ ઉમેદવારને વાંચવામાં કે સમજવામાં સમસ્યા છે તેવા દિવ્યાંગ ઉમેદવારને વાચકની સુવિધા મળવાપાત્ર થશે. આ માટે પરિશિષ્ટ-૧૬ અને ૧૭ અનુસારના પ્રમાણપત્ર રજૂ કરવાના રહેશે. V. જે દિવ્યાંગ ઉમેદવારને વાંચવામાં કે સમજવામાં સમસ્યા છે તેવા દિવ્યાંગ ઉમેદવાર વાચક મેળવવા ઇચ્છતા હોય તો તે દિવ્યાંગ ઉમેદવારે ગુજકેટ પરીક્ષાના ઓનલાઇન આવેદનપત્ર ભરાયા બાદ જરુરી આધારો સાથે પરીક્ષા માટે જે જિલ્લાનું પરીક્ષા કેન્દ્ર પસંદ કરેલ હોય તે જિલ્લાના જિલ્લાશિક્ષણાધિકારીશ્રીને વાચકની મંજુરી માટે દિન-૧૫ મા રજૂઆત કરવાની રહેશે. VI. જિલ્લાશિક્ષણાધિકારીશ્રીએ દિવ્યાંગ ઉમેદવારની રજૂઆતના આધારે ચકાસણી કરી લહિયા/વાચકની પરિશિષ્ટ-૧૮ મુજબ મંજુરી આપ્યા બાદ બોર્ડ,ઉમેદવાર અને પરીક્ષા સંચાલકને જાણ કરવાની રહેશે. VII. વાચક માત્ર પ્રશ્નપત્ર વાંચવા માટે મદદરૂપ થશે; લહિયા તરીકેની ભૂમિકા અદા નહિ કરી શકે. VIII. દિવ્યાંગ વિદ્યાર્થી લહિયો અથવા વાચક બંને પૈકી કોઈ એક જ સેવાની માગણી કરી શકશે. IX. ગુજરાત માધ્યમિક અને ઉચ્ચતર માધ્યમિક શિક્ષણ બોર્ડ દ્વારા લેવાતી ગુજકેટ પરીક્ષામાં દિવ્યાંગ ઉમેદવાર પોતાની પસંદગીનો લહિયો/વાચક ન રાખતા, જો જિલ્લા શિક્ષણાધિકારીશ્રી પાસે લહિયો/વાચકની વ્યવસ્થા કરવાની માગણી કરે તો જિલ્લા શિક્ષણાધિકારીશ્રી દ્વારા કોઈપણ ખર્ચ લીધા વિના લહિયા/વાચકની સેવા ઉપલબ્ધ કરાવવાની રહેશે. X. લહિયા/વાચકની સેવા સરળતાથી અને સમયસર ઉપલબ્ધ થાય તે માટે જિલ્લા શિક્ષણાધિકારીશ્રીએ કાર્યવાહી કરવાની રહેશે તથા લહિયા/વાચક તરીકે સ્વૈચ્છિક સેવા આપવા માંગતા લાયકાત ધરાવતા લહિયા/વાચકની યાદી અગાઉથી તૈયાર રાખવાની રહેશે. દિવ્યાંગ ઉમેદવાર દ્વારા લહિયા/વાચકની માગણી આવે તો પરીક્ષાના બે સપ્તાહ પૂર્વે, આવા દિવ્યાંગ ઉમેદવાર પોતાના લહિયા/વાચકને મળી શકે અને તેની સાથે વાતચીત અને ચર્ચા કરી શકે તેવી વ્યવસ્થા જિલ્લા શિક્ષણાધિકારીશ્રી દ્વારા કરવાની રહેશે.
3	પરીક્ષા દરમિયાન વિશિષ્ટ સાધન સામગ્રીનો ઉપયોગ	I. દિવ્યાંગ ઉમેદવાર માટે સક્ષમ મેડિકલ ઓફિસર દ્વારા સુચવેલ જરૂરિયાત મુજબની વિશિષ્ટ સાધન-સામગ્રી ઉમેદવારે સ્વબળે-સ્વખર્ચે જ લાવવાની રહેશે. II. ૪૦ % કે તેથી વધારે અલ્પદ્રષ્ટી ધરાવતા દિવ્યાંગ ઉમેદવાર સક્ષમ મેડિકલ ઓફિસર દ્વારા સુચવેલ મેગ્નીફાઈંગ ગ્લાસ, સાદુ ટૉકિંગ કેલ્ક્યુલેટર, લાર્જ સાદુ કેલ્ક્યુલેટર, ઓપ્ટિકલ આસીસ્ટીવ ડિવાઈસ, લૉ-વિઝન કીટનો ઉપયોગ સંબંધિત જિલ્લા શિક્ષણાધિકારીશ્રીની મંજુરી મેળવીને કરી શકશે.

		III. ૪૦ % થી ઓછી દિવ્યાંગતા ધરાવનાર ઉમેદવાર પરિશિષ્ટ:૧૪ મુજબનું સક્ષમ મેડિકલ ઓફિસરના પ્રમાણપત્રના આધારે વિશિષ્ટ સાધન સામગ્રીનો ઉપયોગ સંબધિત જિલ્લા શિક્ષણાધિકારીશ્રીની મંજુરી મેળવીને કરી શકશે. IV. દિવ્યાંગ ઉમેદવાર વ્યક્તિગત દિવ્યાંગતાની જરૂરિયાત મુજબના ઉપરોકત મુદ્દા નં III સિવાય પણ સક્ષમ મેડિકલ ઓફિસર દ્વારા સુચવેલ વિશિષ્ટ શૈક્ષણિક સાધન-સામગ્રીનો ઉપયોગ સંબંધિત જિલ્લા શિક્ષણાધિકારીશ્રીની મંજુરી મેળવીને કરી શકશે.
૪	પરીક્ષાનો સમય	દિવ્યાંગ ઉમેદવારને પ્રશ્નપત્રના દરેક કલાકે ૨૦ મિનિટનો વળતર સમય (Compensatory Time) આપવામાં આવશે. એટલે કે એક કલાકના પ્રશ્નપત્ર માટે ૨૦ મિનિટ, બે કલાકના પ્રશ્નપત્ર માટે ૪૦ મિનિટ(Compensatory Time) આપવામાં આવશે. આ વળતર સમય તમામ દિવ્યાંગ ઉમેદવારને, લહિયાની મદદ લે અથવા ન લે તો પણ, આપવામાં આવશે.
૫	ભૌતિક માળખાકીય સુવિધાઓ	• પરીક્ષા કેંન્દ્રમાં દિવ્યાંગ ઉમેદવાર માટે ગ્રાઉન્ડ ફ્લોર(ભોંયતળિયા) પર બેઠક વ્યવસ્થાની ગોઠવણ કરવી • બહેરાપણું (Deaf), સાંભળવાની ક્ષતિ (Hard of Hearing), અને વાણી અને ભાષાની અશક્તતા (Speech and Language Disability)ની દિવ્યાંગતા ધરાવતા ઉમેદવાર , જે પરીક્ષા કેન્દ્ર પર પરીક્ષા આપતા હોય, પરીક્ષા દરમિયાન તેવા પરીક્ષા કેન્દ્ર પર તેમની સમસ્યાનો યોગ્ય નિકાલ લાવવા ભારતીય સાંકેતિક ભાષાના તજજ્ઞ શિક્ષકને કેન્દ્ર પર ઉપસ્થિત રાખવા પ્રાથમિકતા આપવી. આ માટે જિલ્લા શિક્ષણાધિકારીશ્રીએ જે વિષયની પરીક્ષા હોય તે સિવાયના વિષયના શિક્ષકને જવાબદારી સોંપવાની રહેશે.

Appendix – 14
(More than 40% Disability)

(Ministry of Social Justice & Empowerment, Govt. of India Office memorandum No F. No. 34-02/ 2015- DD-III dated 29 August 2018)

Certificate regarding physical limitation in an Examinee to Write

This 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.

He/She also requires assistive devices like______________________________________.

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 — Orthopedic specialist/ PMR).

Appendix – 15
(less than 40% Disability)

(Ministry of Social Justice & Empowerment, Govt. of India F. No. 29-6/2019-DD-III dated 10 August 2022)

Certificate for person with specified disability covered under the definition of Section 2 (s) of the RPwD Act, 2016 but not covered under the definition of Section 2(r) of the said Act, i.e. persons having less than 40% disability and having difficulty in writing

This is to certify that, we have examined Mr/Ms/Mrs______________________________ (Name of the candidate), S/o /D/o________________________________, a resident of .... (Vill/PO/ PS/ District/ State), aged _____yrs, a person with_______________(nature of disability/condition), and to state that he/ she has limitation which hampers his/her writing capability owing to his/her above condition. He/she requires support of scribe for writing the examination.
He/She is also required assistive devices like____.

2. The above candidate uses aids and assistive device such as prosthetics & orthotics, hearing aid (name to be specified) which is /are essential for the candidate to appear at the examination with the assistance of scribe.

3. This certificate is issued only for the purpose of appearing in written examinations conducted by recruitment agencies as well as academic institutions and is valid upto __________ (it is valid for maximum period of six months or less as may be certified by the medical authority)

Signature of medical authority.

(Signature & Name)	(Signature & Name)	(Signature & Name)	(Signature & Name)	(Signature & Name)
Orthopedic / PMR specialist	Clinical Psychologist/ Rehabilitation Psychologist/Psychiatrist/ Special Educator	Neurologist (if available)	Occupational therapist (if available)	Other Expert, as nominated by the Chairperson (if any)
(Signature & Name)				
Chief Medical Officer/Civil Surgeon/Chief District Medical Officer.........Chairperson				

Name of Government Hospital/Health Care Centre with Seal

Place:

Date:

Appendix-16

(પોતાના લહિયો/વાચક)

શાળાના પ્રિન્સિપાલના સહી-સિકકા કરાવી ઉમેદવારનો ફોટોગ્રાફ જોડવો

હું ______________________ , ______________________(nature of disability/ condition) ધરાવતો/ધરાવતી ઉમેદવાર, ગુજકેટ પરીક્ષા વર્ષ__________ માટે રોલ નં. ______________ સાથે ______________ (કેન્દ્રનું નામ) ખાતે, જિલ્લા ______________, માં પરીક્ષા આપી રહ્યો/રહી છું

૨. હું અહીં જાહેર કરું છું કે ______________ (લહિયો/વાચકનું નામ) ઉપરોક્ત પરીક્ષા આપવા માટે લહિયા તરીકે સેવા આપશે

૩.હું અહીં ખાતરી આપું છું કે લહિયો/વાચક ______________ શાળામાં ______ ધોરણમાં અભ્યાસ કરે છે. જો બાદમાં એવું જાણવા મળે કે લેખક/વાચકની લાયકાત મારી લાયકાત કરતાં વધુ છે, તો મારી પરીક્ષા અને તેનું પરિણામ રદ ગણાશે.

(ઉમેદવારનો સહી)

(જો ઉમેદવાર અપરિપક્વ હોય તો માતા-પિતા/વાલીની પ્રતિહસ્તાક્ષર)

સ્થળ:

તારીખ:

<u>સંમતિ પત્ર</u>

હું ______________ આથી જાહેર કરું છું કે હું ______________ શાળાનો/શાળાની ઉમેદવાર છું અને ધોરણ ______ માં અભ્યાસ કરું છું.હું______________ (ઉમેદવારનું નામ) માટે લહિયો/વાચક (scribe/reader) તરીકે ગુજકેટ પરીક્ષા વર્ષ __________ માટે સ્વૈચ્છિક (મફત) સેવા આપવા મારી સંપૂર્ણ સંમતિ આપું છું.

હું ખાતરી આપું છું કે હું મારી સેવા નિષ્ઠાપૂર્વક અને પ્રામાણિકતાથી આપીશ.

શાળાના પ્રિન્સિપાલ દ્વારા સહી-સિકકા કરાવી લહિયો/વાંચકનો ફોટોગ્રાફ જોડવો

લહિયો/વાચકની સહી: ______________

<u>નોંધ:-</u>

(1) જે ઉમેદવાર લહિયો/વાચક તરીકે સેવા આપવા ઇચ્છે છે, તે જે શાળામાં અભ્યાસ કરે છે તે શાળાના પ્રિન્સિપાલના સહી-સિક્કા કરાવી તેનો ફોટોગ્રાફ જોડવો જરૂરી છે.

(2) પરિશિષ્ટ–16 ઉમેદવાર દ્વારા જિલ્લાશિક્ષણાધિકારીશ્રીની કચેરીમાં 2 નકલો જમા કરાવવાનું રહેશે.

(3) જિલ્લાશિક્ષણાધિકારીશ્રીની એક નકલ પોતાના રેકોર્ડમાં રાખશે અને બીજી નકલ પરિશિષ્ટ–18 સાથે જોડવાની રહેશે

Appendix-17
(Reader)

(Certificate for recommendation of scribe/reader/lab assistant and/or Compensatory Time for persons with disabilities as defined under Section 2(s) of the RPwD Act 2016 and have limitation in writing as specified in the Guidelines.)

This is to certify that, we have examined Mr./Ms./Mrs. ________________________ (name of the candidate), S/o /D/o ________________________ a resident of________________________ (Vill/PO/PS/District/State), aged_________years, a person with ________________________ (nature of disability/condition), and to state that he/she has limitation which hampers his/her writing capability owing to his/her above disability/condition. He/ she requires support of reader or Compensatory Time as specified in the Guidelines, for writing the examination.

2. The above candidate uses aids and assistive device/s such as ________________________ (name to be specified) which is/are essential for the candidate to appear at the examination with the assistance of reader.

3. This certificate is issued only for the purpose of appearing in written examinations conducted by Examining Bodies and is valid up to (it is valid for maximum period of one year or less as may be certified by the medical authority)

Signature of medical authority

Name of Government Hospital/ Health Care Centre with Seal

Place:

Date:

No. GSHSEB/GUJCET/DISABLE/2026/

Appendix-18
(લહિયા/વાચકની મંજૂરી આપ્યાની જાણ કરવા બાબત)

પત્રક્રમાંક-______________
તા.

પ્રતિ,
કેન્દ્ર સંચાલકશ્રી,

____

____

વિષય- ઉમેદવારને લહિયો/વાચક ફાળવવા બાબત
પરીક્ષા- ગુજકેટ વર્ષ__________

ઉપરોક્ત વિષય અન્વયે જણાવવાનું, દિવ્યાંગ ઉમેદવારો માટેની જોગવાઈઓને આધીન પરિશિષ્ટ-૧૪/૧૫/૧૭ મુજબ નીચે જણાવેલ ઉમેદવારને તેની નીચે જણાવેલ વિગતે લહિયો/વાચકની ફાળવણી કરવામાં આવે છે જે અંગેની આગળની કાર્યવાહી કેન્દ્ર સંચાલકશ્રીએ હાથ ધરવી અને આ બાબતની નોંધ પણ રાખવાની રહેશે.

ઉમેદવારની વિગતો

ઉમેદવારનું નામ ____
શાળાનું નામ-____
પરીક્ષા કેન્દ્ર -____
બેઠક ક્રમાંક-____

લહીયા/વાચકની વિગતો

લહિયા/વાચકનું નામ-____
ધોરણ-____________ શાળાનું નામ-________________________________
ઉપરોક્ત વિગતે ઉમેદવારને લહિયો/વાચક ફાળવવા આથી પરવાનગી આપવામાં આવે છે.

બિડાણ:- એપેન્ડીક્ષ-૧૬ની એક નકલ
કાઉન્ટર સાઈન કરીને જોડવી

જિલ્લાશિક્ષણાધિકારી
જિલ્લો-

નકલ રવાના

1. ઉમેદવારશ્રી____
2. લહિયા/વાચક તરીકે શ્રી______________________________________
3. ઝોનલ અધિકારીશ્રી________________________ઝોનનું નામ/નંબર______________________.
4. સચિવશ્રી, ગુ.મા.અને ઉ.મા.શિક્ષણ બોર્ડ, ગાંધીનગર જાણ સારુ