

## सहमति – पत्र

मैं (अभिभावक का नाम)..... स्थाई पता.....  
.....मोबाइल नं0 (अभिभावक).....ई-मेल (अभिभावक).....  
.....यह घोषणा करता हूँ कि 2019 एम0बी0बी0एस0 के अभ्यर्थियों हेतु 01 नवम्बर 2020 से संस्थागत कक्षायेँ करने हेतु डा0 राम मनोहर लोहिया आयुर्विज्ञान संस्थान, लखनऊ द्वारा कोविड-19 को देखते हुए जो भारत सरकार के निर्देश दिये गये है, उन समस्त दिशा – निर्देशों का पालन मेरे पुत्र/पुत्री द्वारा किया जायेगा, दिशा निर्देश बिन्दुवार है:-

1. छात्र/छात्रा.....बैच.....के द्वारा अपने घर से संस्थान आने पर 7 दिन का क्वारंटीन अनिवार्य होगा।
2. छात्र/छात्रा.....बैच.....के द्वारा संस्थान परिसर में जैसे- एकेडमिक ब्लॉक, छात्रावास, कैण्टीन/मेस इत्यादि जगहों पर अनिवार्य रूप से सोशल डिस्टेन्सिंग का पालन किया जायेगा।
3. छात्र/छात्रा.....बैच.....के द्वारा मास्क, सैनेटाइजर इत्यादि का अनिवार्य रूप से उपयोग किया जायेगा।

उक्त समस्त दिशा-निर्देशों का पालन व ध्यान मेरे (अभिभावक का नाम).....  
.....पुत्र/पुत्री.....के द्वारा नियमित रूप से रखा जायेगा, अतएव मैं समस्त जानकारियों का अध्ययन करने के उपरान्त अपनी स्वैच्छा से अपने पाल्य/पाल्या को कालेज में संस्थागत कक्षायेँ करने हेतु भेज रहा हूँ।

हस्ताक्षर अभिभावक:.....

पूरा नाम व पता:.....

मोबाइल नं0:.....

ई-मेल:.....

ह0 छात्र/छात्रा:.....

पूरा नाम व पता:.....

मोबाइल नं0:.....

ई-मेल:.....

बैच/कक्षा रोल नं0:...../.....

