Re-Accredited 'B++' 2.86 CGPA by NAAC
VEER NARMAD SOUTH GUJARAT UNIVERSITY
University Campus, Udhna-Magdalla Road, SURAT - 395 007, Gujarat, India.
વીર નર્મદ દક્ષિણ ગુજરાત યુનિવર્સિટી
યુનિવર્સિટી કેમ્પસ, ઉધના-મગદલ્લા રોડ, સુરત - ૩૯૫ ૦૦૭, ગુજરાત, ભારત.
Tel : +91 - 261 - 2227141 to 2227146, Toll Free : 1800 2333 011, Digital Helpline No.- 0261 2388888
E-mail : info@vnsgu.ac.in, Website : www.vnsgu.ac.in

વહીવટી જગ્યાની ભરતી પ્રક્રિયાની સ્પર્ધાત્મક પરીક્ષા માટે લહિયા/વળતર સમય આપવા અંગેની અગત્યની સૂચના

વીર નર્મદ દક્ષિણ ગુજરાત યુનિવર્સિટી ધ્વારા તા.૦૩-૦૭-૨૦૨૬ના No.GAD/NT/GIA/ Emp.Notice/11522/2026 થી વિવિધ વહીવટી સંવર્ગની આપવામાં આવેલ જાહેરાત અન્વયે આગામી તા.૩૧-૧૦-૨૦૨૬ અને તા.૦૧-૧૧-૨૦૨૬ ના રોજ સ્પર્ધાત્મક પરીક્ષાનું આયોજન કરવામાં આવેલ છે. સદર પરીક્ષાના ઉમેદવારો કે જેઓને નિયમાનુસાર લહિયા/વળતર સમયની સુવિધા મળવાપાત્ર છે, તેવા ઉમેદવારોને લહિયા (Scribe) તથા વળતર સમય (Extra Time)ની સુવિધા મેળવવા માટે નીચે મુજબની સૂચનાઓ ધ્યાને લેવાની રહેશે.

અગત્યની સૂચનાઃ

(૧) જાહેરાતમાં અરજી કરવાને પાત્ર ગણેલ હોય તેવા Blindness, Locomotor Disability (both arm affected-BA) and cerebral palsy ની Benchmark Disability (૪૦% થી ઓછી ન હોય ત્યાં સુધીની વિકલાંગતા) ધરાવતા, લખવા માટે અસમર્થ હોય તેવા ઉમેદવારો ઇચ્છે તો તેઓને લહિયા/વળતર સમયની સુવિધા મળવાપાત્ર થશે. આવા ઉમેદવારોએ દિવ્યાંગતા પ્રમાણપત્ર રજૂ કરવાનું રહેશે પરંતુ લખવા માટે અસમર્થ હોવા અંગેનું તબીબી પ્રમાણપત્ર રજૂ કરવાનું રહેશે નહીં.

(૨) જ્યારે ઉપર સિવાયની અન્ય (૪૦%થી ઓછી ન હોય તેવી) Benchmark Disabilities ધરાવતા ઉમેદવારોએ લહિયા/વળતર સમયની સુવિધા મેળવવા માટે દિવ્યાંગતા પ્રમાણપત્ર ઉપરાંત આ સાથે સામેલ APPENDIX-I (Certificate regarding physical limitation in an examinee to write) મુજબનું ઉમેદવારને લખવામાં તકલીફ હોવા અંગેનું મુખ્ય અધિકારી/સિવિલ સર્જન/મેડિકલ સુપરિન્ટેન્ડેન્ટ દ્વારા આપવામાં આવતું પ્રમાણપત્ર રજૂ કરવાનું રહેશે. ઉમેદવાર દ્વારા આવું પ્રમાણપત્ર રજૂ કર્યેથી તેઓને લહિયા/વળતર સમયની સુવિધા મળવાપાત્ર થશે.

(3) આકસ્મિક પરિસ્થિતિના કારણે હંગામી દિવ્યાંગતા ધરાવતા, MCQ/OMR પરીક્ષા આપવા શારીરિક રીતે અસમર્થ હોય તેવા ઉમેદવારોએ લહિયા (Scribe) તથા વળતર સમય (Extra Time)ની સુવિધા મેળવવા માટેનું ફોર્મ ડાઉનલોડ કરીને, ફોર્મ સાથે લખવામાં તકલીફ હોવા અંગેનું તબીબી પ્રમાણપત્રઃ APPENDIX-I (Certificate for persons with specified disability covered under the definition of Section-2(s) of the RPWD Act, 2016) પુરાવા સહિત યુનિવર્સિટીને રજૂ કરવાનું રહેશે. આ પુરાવાના આધારે ઉમેદવાર લહિયા/વળતર સમયની સુવિધા મેળવવા પાત્ર છે કે નહિ તે અંગે યુનિવર્સિટીનો નિર્ણય આખરી રહેશે.

(૪) દિવ્યાંગ ઉમેદવારોએ લહિયા (Scribe) તથા વળતર સમય (Extra Time)ની સુવિધા મેળવવા માટેનું ફોર્મ ડાઉનલોડ કરીને, ફોર્મ સાથે ઉમેદવારનું દિવ્યાંગતાનું તબીબી પ્રમાણપત્ર તથા લહિયાના તમામ જરૂરી પ્રમાણપત્રો (ઉંમર,શૈક્ષણિક લાયકાત અને આઇ.ડી.પ્રુફ) ની સ્વપ્રમાણિત નકલ recruitment@vnsgu.ac.in ઈ –મેઈલ દ્વારા તા.૨૭-૧૦-૨૦૨૬ થી તા.૩૦-૧૦-૨૦૨૬ સુધીમાં સાંજે ૦૬:૦૦ કલાક સુધીમાં નિયત નમૂનામાં તમામ જરૂરી પ્રમાણપત્રો સ્પષ્ટપણે વાંચી શકાય તે રીતે scan કરીને મોકલવાના રહેશે.

(૫) આપના દ્વારા મોકલવામાં આવેલ વિગતો તથા તમામ જરૂરી પ્રમાણપત્રો અન્વયે યુનિવર્સિટી દ્વારા આપના ઈ-મેઈલ પર જ જવાબ કરવામાં આવશે.

(૬) સંબંધિત જાહેરાતની શૈક્ષણિક લાયકાત કરતાં એક સ્તર નીચેની શૈક્ષણિક લાયકાત ધરાવતા હોય તેવા વ્યકિત જ લહિયા તરીકે રાખી શકાશે (શૈક્ષણિક લાયકાત સ્નાતક હોય, આથી એચ. એસ. સી. (૧૦+૨) ઉતીર્ણ કરેલ હોય તેવી વ્યક્તિ લહિયા તરીકે રાખી શકાશે)

(૭) લહિયાની ફરજો:

I. લહિયાએ મદદ લેનાર ઉમેદવારને આસાનીથી સ્પર્શી ન શકાય તેટલે દૂર બેસવાનું રહેશે.

II. લહિયો પરીક્ષા દરમ્યાન પ્રશ્નપુસ્તિકા પર તથા OMR ઉત્તરપત્ર પર અથવા CBRT પધ્ધતિ અનુસારની પરીક્ષા હોય ત્યારે કોમ્પ્યુટર પર અપાયેલ સૂચનાઓ ઉમેદવારને કાળજીપૂર્વક વાંચી સંભળાવશે. ઉમેદવારની સૂચના મુજબ પ્રશ્નો વાંચી સંભળાવશે તથા ઉમેદવાર જણાવે તે મુજબની વિગતો અને જવાબ માટે યોગ્ય જગ્યાએ કાળજીપૂર્વક જવાબ અંગેનું ચિન્હ (એનકોડીંગ) કરશે. લહિયો ઉમેદવારની સૂચના મુજબ સમય અંગેની માહિતી આપશે.

III. લહિયો પોતાની રીતે કોઈપણ જવાબ અંગેનું ચિન્હ કરશે નહી, ઉમેદવારને જવાબ તરફ દોરી જતી બાબતો જણાવશે નહી કે ઈશારો કરશે નહીં કે એવી કોઈ બાબતો પરત્વે નિરીક્ષક (ઇન્વીજીલેટર) સાથે કે પરીક્ષા ખંડના અન્યો સાથે ચર્ચા કરશે નહીં.

IV. જો ઉમેદવારે મેળવેલ લહિયા દ્વારા પરીક્ષા ખંડમાં ગેરશિસ્ત કે ગેરવર્તણૂક કરવામાં આવશે તો લહિયાની વતણૂંક માટે લહિયાની મદદ લેનાર ઉમેદવાર જવાબદાર રહેશે તેમજ શિસ્ત-વિષયક કાર્યવાહી માટે જવાબદાર ગણવામાં આવશે. તે ઉમેદવારની ઉમેદવારી રદ થવા પાત્ર રહેશે.

Sd\-

તા.૨૭-૧૦-૨૦૨૬ કુલસચિવ

Re-Accredited 'B++' 2.86 CGPA by NAAC
VEER NARMAD SOUTH GUJARAT UNIVERSITY
University Campus, Udhna-Magdalla Road, SURAT - 395 007, Gujarat, India.
વીર નર્મદ દક્ષિણ ગુજરાત યુનિવર્સિટી
યુનિવર્સિટી કેમ્પસ, ઉધના-મગદલ્લા રોડ, સુરત - ૩૯૫ ૦૦૭, ગુજરાત, ભારત.
Tel : +91 - 261 - 2227141 to 2227146, Toll Free : 1800 2333 011, Digital Helpline No.- 0261 2388888
E-mail : info@vnsgu.ac.in, Website : www.vnsgu.ac.in

લહિયાની સુવિધા માટેનું ફોર્મ

બેંચમાર્ક ડિસેબિલિટી અને લહિયાની સુવિધા મેળવવા માંગતા ઉમેદવારની વિગત

ઉમેદવારનો તાજેતરનો પાસપોર્ટ સાઇઝનો ફોટોગ્રાફ લગાવવો અને તેના પર અડધી સહી આવે તે રીતે સહી કરવી.

1. નામ:

2. ફોન/મોબાઇલ:

3. અરજી નંબર:

4.જન્મ તારીખ:

5. ઉમેદવારની ડિસેબિલિટીનો અને લેખન ક્ષમતાની મર્યાદાનો પ્રકાર:

6. પત્ર વ્યવહારનું પુરું સરનામું:

લહિયાની વિગત

લહિયાનો તાજેતરનો પાસપોર્ટ સાઇઝનો ફોટોગ્રાફ લગાવવો અને તેના પર અડધી સહી આવે તે રીતે સહી કરવી.

1. લહિયાનું પુરું નામ :

2. ફોન/મોબાઇલ નંબર:

3. લહિયાની શૈક્ષણિક લાયકાત: (ગુણપત્રકની સ્વપ્રમાણિત નકલ જોડવી)

4. લહિયાની જન્મ તારીખ:

5. પત્ર વ્યવહારનું પુરું સરનામુ:

6. ઉમેદવાર સાથેનો સંબંધ (જો હોય તો)

Re-Accredited 'B++' 2.86 CGPA by NAAC
VEER NARMAD SOUTH GUJARAT UNIVERSITY
University Campus, Udhna-Magdalla Road, SURAT - 395 007, Gujarat, India.
વીર નર્મદ દક્ષિણ ગુજરાત યુનિવર્સિટી
યુનિવર્સિટી કેમ્પસ, ઉધના-મગદલ્લા રોડ, સુરત - ૩૯૫ ००૭, ગુજરાત, ભારત.
Tel : +91 - 261 - 2227141 to 2227146, Toll Free : 1800 2333 011, Digital Helpline No.- 0261 2388888
E-mail : info@vnsgu.ac.in, Website : www.vnsgu.ac.in

લહિયાનું નિવેદન

હું આથી સોગંદપૂર્વક જાહેર કરું છું કે, ઉપર દર્શાવેલ વિગતો મારી જાણ અને માન્યતા મુજબ સાચી છે. હું ખાતરી આપું છું કે, આ પરીક્ષા માટેની સૂચનાઓ તથા લહિયા/વળતર સમય મેળવવા અંગેની સૂચનાઓ મેં શ્રી/કુ./શ્રીમતિ ____ (ઉમેદવારનું નામ) ને વાંચી સંભળાવી છે, તેમજ આ સૂચનાઓનું હું ચુસ્તપણે પાલન કરીશ.

ઉમેદવારનું નામ તથા સહી :

લહિયાનું નામ તથા સહી :

તારીખ :

ઉમેદવારની બાંહેધરી

આથી હું શ્રી/કુ./શ્રીમતિ____ (ઉમેદવારનું નામ) પ્રમાણિત કરું છું કે, ઉપર દર્શાવેલ વિગતો મારી જાણ અને માન્યતા મુજબ સાચી છે. યુનિવર્સિટીને મેં ઉપર રજૂ કરેલ કોઇપણ માહિતી ખોટી, અપૂરતી કે સત્ય છુપાવતી માલુમ પડશે તો આ અંગે યુનિવર્સિટીનો નિર્ણય મને માન્ય રહેશે.

ઉમેદવારનું નામ તથા સહી :

તારીખ :

કુલસચિવશ્રીની સહી તથા સિક્કો:

પરીક્ષા કેન્દ્રનું નામ:			
તારીખ	લહિયાનું નામ	લહિયાની સહી	ખંડ નિરીક્ષકની સહી

Re-Accredited 'B++' 2.86 CGPA by NAAC
VEER NARMAD SOUTH GUJARAT UNIVERSITY
University Campus, Udhna-Magdalla Road, SURAT - 395 007, Gujarat, India.
વીર નર્મદ દક્ષિણ ગુજરાત યુનિવર્સિટી
યુનિવર્સિટી કેમ્પસ, ઉધના-મગદલ્લા રોડ, સુરત - ૩૯૫ ૦૦૭, ગુજરાત, ભારત.
Tel : +91 - 261 - 2227141 to 2227146, Toll Free : 1800 2333 011, Digital Helpline No.- 0261 2388888
E-mail : info@vnsgu.ac.in, Website : www.vnsgu.ac.in

વળતર સમયની સુવિધા માટેનું ફોર્મ

વળતર સમયની સુવિધા મેળવવા માંગતા ઉમેદવારની વિગત

1. નામ:

2. ફોન/મોબાઇલ:

3. અરજી નંબર:

4. જન્મ તારીખ:

5. પત્ર વ્યવહારનું પુરું સરનામું:

6. પરીક્ષા કેન્દ્રનું નામ:

7. ક્યા હાથથી લખી શકો છો ? (ડાબા/જમણા/બન્ને)

ઉમેદવારનો તાજેતરનો પાસપોર્ટ સાઇઝનો ફોટોગ્રાફ લગાવવો અને તેના પર અડધી સહી આવે તે રીતે સહી કરવી.

ઉમેદવારની બાંહેધરી

આથી હું શ્રી/કુ./શ્રીમતિ____

(ઉમેદવારનું નામ) પ્રમાણિત કરું છું કે, ઉપર દર્શાવેલ વિગતો મારી જાણ અને માન્યતા મુજબ સાચી છે. યુનિવર્સિટીને મેં ઉપર રજૂ કરેલ કોઇપણ માહિતી ખોટી, અપૂરતી કે સત્ય છુપાવતી માલુમ પડશે તો આ અંગે યુનિવર્સિટીનો નિર્ણય મને માન્ય રહેશે.

ઉમેદવારનું નામ તથા સહી :

તારીખ :

કુલસચિવશ્રીની સહી તથા સિક્કો:

APPENDIX- I

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-orthopaedic spiciest/(PMR)