



NAAC Accredited-2015
B Grade (CGPA 2.62)

(परिशिष्ट 'अ')

कौशल्य विकास केंद्र प्रताव

संस्थेचे/महाविद्यालयाचे नाव :-

अभ्यासक्रमाचे नाव

:- (सदर अभ्यासक्रम सोलापूर विद्यापीठ सोलापूरच्या कौशल्य विकास केंद्राच्या अभ्यासक्रम यादीत आहे का ?
नसल्यास सदर अभ्यासक्रमाशी संबंधित माहिती मुद्दा ई मध्ये माहिती भरावी.)

संस्था प्रमुखाचे नाव :-

संपर्क क्र.

:-

ई-मेल :-

अ) संस्थेची माहिती		
१	संस्थेचे नोंदणीकरण झाल्याचे पत्र - नोंदणी प्रकार व नोंदणी क्रमांक	
२	संस्थेची जागेची कागदपत्रे- संस्थेचा नावाचा ७/१२ किंवा संस्थेच्या नावाने भाडेकरारपत्र	
३	संस्थेचे स्वरूप - खाजगी/ सहकारी/धर्मादाय ट्रस्ट/प्रायव्हेट लिमिटेड कंपनी/सामाजिक संस्था/एन.जी.ओ	
४	संस्थेचे उद्दिष्टे -	
५	संस्थेचा गेल्या दोन वर्षांचा लेखापरीक्षण अहवाल -	
६	संस्थेच्या नावाच्या बँक खात्याचे पासबुक - बँकेचे नाव व खाते क्रमांक	
७	संपर्क अधिकाऱ्याचे नाव, हुद्दा, फोन नं. व ई-मेल आयडी	
ब) भौतिक सुविधा		
१	वर्ग खोल्या	संख्या क्षेत्रफळ बेंचेस
२	भित्ती फळा व इतर सुविधा	संख्या
३	प्रयोगशाळा/प्रात्यक्षिक खोली	संख्या क्षेत्रफळ
४	अभ्यासक्रमाशी निगडित साधन सामुग्री अथवा उपकरणे (स्वतंत्र यादी जोडावी)	
५	ग्रंथालय सुविधा	पुस्तकांची यादी जोडावी
६	स्त्री/पुरुष प्रसाधन गृह	आहे/नाही
७	लेडीज कॉमन रुम (Desirable)	आहे/नाही
८	प्रपत्र क्र.१/२/३ (फक्त पॅरामेडिकल अभ्यासक्रमासाठी)	जोडले आहे / नाही

क) अध्यापकांची माहिती	
१	प्रस्तावित अभ्यासक्रम शिकवण्यासाठी शिक्षकांची यादी व त्यांचे अनुभव प्रमाणपत्र (शिक्षकांचे संमतीपत्र आवश्यक)
२	शिक्षकांचे संबंधित कौन्सिलचे नोंदणी केल्याचे प्रमाणपत्र (फक्त पॅरामेडिकल अभ्यासक्रमासाठी)

ड) ज्या संस्थांचे स्वतःचे रुग्णालय/वैद्यकीय प्रयोगशाळा/रेडिऑलॉजी केंद्र नसेल त्यांनी त्यांच्याशी संलग्नित असलेल्या रुग्णालय/ वैद्यकीय प्रयोगशाळा / रेडिओलॉजी केंद्र यांचेकडून प्रपत्र क्र/ १/२/३ वर सही शिक्का घेऊन सदर अर्जासोबत जोडावेत.

इ) **संस्थेमार्फत** कौशल्य विकास केंद्राचे अथवा इतर कोणत्याही विद्यापीठ अथवा बोर्डाचे समकक्ष किंवा इतर अभ्यासक्रम चालविले जात असल्यास त्याची माहिती

फ) संस्था/महाविद्यालयास नवीन अभ्यासक्रम सुरू करावयाचे असल्यास द्यावयाची आवश्यक माहिती

- १) अभ्यासक्रमाचे नाव
- २) अभ्यासक्रमाचा कालावधी
- ३) प्रवेशित विद्यार्थ्यांची किमान शैक्षणिक पात्रता
- ४) अभ्यासक्रमाच्या अध्यापनासाठी लागणाऱ्या शिक्षकांची शैक्षणिक अर्हता
- ५) अभ्यासक्रमासाठी लागणारी पाठ्यपुस्तके
- ६) अभ्यासक्रमासाठी अपेक्षित शैक्षणिक शुल्क
- ७) अभ्यासक्रमासाठी अपेक्षित विद्यार्थी संख्या
- ८) अभ्यासक्रमामुळे विद्यार्थ्यांना कोणत्या क्षेत्रात रोजगार उपलब्ध होऊ शकतो याची सविस्तर माहिती द्यावी
- ९) अभ्यासक्रमासाठीचा आवश्यक तो वार्षिक पाठ्यक्रम, विषय, परीक्षा रचना व प्रश्नपत्रिकेचे स्वरूप यांची माहिती स्वतंत्र व सविस्तरपणे द्यावी.

प्रपत्र क्र .१

Letter of Permission for Attachment of Hospital to the Institute

I/We-----, hereby declare that I/We are running
----- Hospital at the following registered address,
The registration number of Hospital is -----

I/We certify that our Hospital is attached to-----
Institute & I/We grant necessary permission to use our Hospital to the above mentioned.
Institute for the purpose of teaching & conducting practical classes of Health Assistant/OT
assistant.

Place :

Signature of Hospital Owner

Date:

Seal of the Hospital

प्रपत्र क्र .२

Letter of Permission for Attachment of Pathology lab to the Institute

I/We-----, hereby declare that I/We are running
-----Pathology laboratory at the following registered address,
The registration number of laboratory is -----

I/We certify that our laboratory is attached to-----
Institute & I/We grant necessary permission to use our laboratory to the above mentioned.
Institute for the purpose of teaching & conducting practical classes of CMLT courses.

Place :

Signature of Pathologist

Date:

Seal of the lab

प्रपत्र क्र .३

Letter of Permission for Attachment of Radiology Centre to the Institute

I/We-----, hereby declare that I/We are running
----- Radiology centre at the following registered address,
The registration number of laboratory is ----- &

I/We certify that our Radiology centre is attached to-----
Institute & I/We grant necessary permission to use our radiology centre to the above mentioned.
Institute for the purpose of teaching & conducting practical classes of X-Ray Technician/CT scan
technician courses.

Place :

Signature of Radiologist

Date:

Seal of the Radiology centre