



# OFFICE OF THE DEAN GOVT. MEDICAL COLLEGE, VIDISHA (M.P.)

**Date:**

**ALL THE SHORTLISTED CANDIDATES ARE INSTRUCTED TO DOWNLOAD & FILL THE SCRUTINY PROFORMA BEFORE COMING FOR SCRUTINY OF DOCUMENTS.**

**DECLARATION FORMS SHOULD ALSO BE DOWNLOADED & FILLED BEFORE COMING FOR SCRUTINY.**

**Following Documents should be brought in original along with one set of self-attested copies of those, arranged in sequence and 2 recent passport size photos for submitting to the scrutiny committee.**

1. High School/Higher Secondary School Certificate – for proof of date of birth
2. MBBS Mark Sheets all Professionals & Degree
3. Attempt Certificate – MBBS
4. MD Mark Sheet & Degree
5. Attempt Certificate – MD/MS
6. MCI Registration – MBBS & MD/MS
7. Teaching Experience Certificate from present employer
8. 'No Objection Certificate' from present employer
9. Publications copy(1<sup>st</sup> page ) of all publications as per MCI/NMC Norms
10. Aadhar card
11. Three Filled Declaration Forms & one Bond Form attached on a plain paper
12. Candidates having experience of those medical colleges currently not listed at MCI/NMC website need to provide documentation of recognised/approved/permitted duration of their experience from that college like Advanced Medical College, Bhopal, Sukh Sagar medical College, Jabalpur and Sakshi medical College, Guna etc.
13. DNB candidates to provide document regarding number of beds in the institution of their residency, if done from a hospital not attached to a medical college.
14. Any other relevant document.

The candidate is instructed to bring completely filled and signed scrutiny proforma attached along with all the documents as mentioned in check list.

---

**NH-86, Infront of Khel Parisar, Sanchi Road, Vidisha - 464001**  
**Contact No.: 07592-297001, E-Mail ID: dean-gmcvidisha@mp.gov.in,**  
**deangmcvidisha@gmail.com, Website: www.gmcvidisha.org**

**ATAL BIHARI VAJPAYEE GOVERNMENT MEDICAL COLLEGE VIDISHA (M.P.)**

**Scrutiny Proforma  
Check List (To be filled by Applicant)**

*Date :* \_\_\_\_\_

**Eligible/Not Eligible**

<b>Subject</b>	<b>Post</b>	<b>Category</b>
		UR/ST/SC/OBC

Name of Applicant: \_\_\_\_\_

Date of Birth (dd/mm/yyyy): \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Age/Sex: \_\_\_\_\_

Marital Status (If married, age at marriage) \_\_\_\_\_ No. of Children: \_\_\_\_\_

Present institute and Designation of work: \_\_\_\_\_

Mobile no. \_\_\_\_\_ Email ID: \_\_\_\_\_

**Original documents**

1	High School Higher Secondary	Yes/No
2	MBBS Mark sheet Aggregate Percentage.....%	Yes/No
3	MBBS Degree	Yes/No
4	No. of attempts in MBBS.....(Attempt certificate)	Yes/No
5	MD/MS degree Subject..... Year.....	Yes/No
6	No. of attempts in MD/MS.....(Attempt certificate)	Yes/No
7	MBBS registration	Yes/No
8	MD/MS registration	Yes/No
9	Experience certificates	Yes/No

**Teaching Experience-**

Post	Name of Institute	Recognized by MCI (Yes/No)	From	To	Duration
Professor					
Associate Professor					
Assistant Professor					
SR					
Tutor					

**PROFORMA FOR SCRUTINY AND APPROVAL PUBLICATIONS**

**NAME**

**POST APPLIED FOR**

**Department**

Mention only original research articles/papers (No case reports/case series etc) (To fill columns 1 to 6)

S.n o.	Publication Title and Journal details	Type of Article	Published during Tenure of Professor/A ssoc.Prof./ Assist. Prof./PG/Tutor	Author Number First/ Second/Co rrespondin g Author	Indexed In (AS per MCI Norms) and ISSN no.	Journal Type National (N)/ Internati onal (I)	Approved as per MCI norms (comment of scrutiny committee)
	1	2	3	4	5	6	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

\*1.SCOPUS, 2.PUB MED, 3.MEDLINE,4.EMBASE/EXCERPTA MEDICA, 5.INDEX MEDICUS, 6.INDEX COPERNICUS

I declare that the information given above is correct to the best of my knowledge. If the information given above is found to be incorrect, my candidature/appointment shall be cancelled without information.

SIGNATURE OF CANDIDATE

SIGNATURE OF SCRUTINY COMMITTEE  
NAME:

8. Written book/Chapter.If yes ,give details and attach copy /Proof.....
9. Editor member of editorial board (attach Proof)
10. Conferences attended as speaker.  
     National:-  
     International:
11. Duration of Administrative expererience as Head of department.....
12. Certificate of Award if have.....
13. Certificate of fellowships: Subject.....Duration.....
14. Caste certificate by competent Authority .....
15. M.P. Domicile (Yes/No).....
16. Identity card (Adhaar card/PAN Card/Driving license/Voter ID)

(Copy of all the relevant documents to be self attested and attached)

I declare that I am eligible as per MCI/NMC norms for the post I have applied for and I declare that the information given above

Is correct to the best of my knowledge. If the information given above is found to be incorrect ,my candidature/appointment shall be

Cancelled without information and I am liable for judicial action.

(Signature)

Applicant

Name: .....

(Signature )

Scrutiny Officer

Name: .....

Designation:-

## शपथ पत्र

(सम्यक रूप से स्टाम्पित)

मैंने शैक्षणिक सत्र 2020-21 में एमसीआई निरीक्षण के दौरान चिकित्सा  
महाविद्यालय ..... शहर.....  
विभाग..... के..... पद पर दिनांक.....  
को अपनी गढ़ना करवाई थी !

उक्त महाविद्यालय को सम्बंधित वर्ष में एमसीआई द्वार मान्यता दी गई थी / निरस्त  
कर दी गई थी !

शपथ ग्रहिता

(नाम एवं हस्ताक्षर)

पता.....

शपथ पत्र  
(सभ्यक रूप से स्टांपित)

मैं ..... माता / पिता / पति का नाम श्रीमान / श्रीमति .....  
..... आयु ..... निवासी .....  
राज्य ..... शपथपूर्वक कथन करता / करती हूँ :-

1. यह कि दिनांक ..... को चिकित्सा महाविद्यालय ..... में  
..... विषय के ..... पद के लिये साक्षात्कार में उपस्थित हुआ / हुई।
2. यह कि साक्षात्कार के परिणाम आने के पश्चात मेरा चयन होता है, तो मैं  
महाविद्यालय द्वारा दी गई समयावधि में अपना कार्यभार ग्रहण करने हेतु बाध्य  
रहूंगा / रहूंगी।
3. यह कि चयन होने के पश्चात दिये गये समयावधि में, मैं अपना कार्यभार ग्रहण नहीं  
करता / करती हूँ, तो महाविद्यालय को यह अधिकार होगा कि वह मेरा चयन रद्द  
कर सकते हैं। तथा अगले दो वर्ष तक मध्य प्रदेश के किसी भी स्वशासी चिकित्सा  
महाविद्यालय की चयन में किसी भी पद पर आवेदन करने हेतु मैं अनर्हित रहूंगा /  
रहूंगी।
4. यह कि मेरे द्वारा प्रस्तुत किये गये प्रमाण पत्रों में भविष्य में कोई विसंगती अथवा  
गलती पाई जाती है, तो महाविद्यालय को यह अधिकार होगा कि वह मेरी सेवा को  
समाप्त कर सकता है।
5. यह कि किसी भी वाद-विवाद की स्थिति में महाविद्यालय का निर्णय सर्वमान्य  
होगा।

शपथ ग्रहिता

(नाम एवं हस्ताक्षर)

पता .....

.....

## बंध-पत्र

(सम्यक रूप से स्टांपित किया जावे एवं जो लागू न हो उसे काट दे)

1. मैं .....पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री .....  
निवासी ..... मध्यप्रदेश के स्वशासी चिकित्सा महाविद्यालय विदिशा  
में सहायक-प्राध्यापक /सह-प्राध्यापक /प्राध्यापक के पद पर चयन हेतु उम्मीदवार  
हूँ।
2. यदि मेरा चयन उक्त पद हेतु स्वशासी चिकित्सा महाविद्यालय, विदिशा में हो जाता है,  
तो मैं निरंतर 3 वर्ष की सेवा उक्त महाविद्यालय में दूंगा/दूंगी।
3. यदि किसी भी कारणवश मैं अपने पद से 3 वर्ष की सेवा के पूर्व त्याग पत्र देता/दती  
हूँ या पद छोड़ता/छोड़ती हूँ तो ऐसी स्थिति में, मैं संबंधित स्वशासी संस्था को पूरे  
01 वर्ष के वेतन के बराबर की राशि का भुगतान करूँगा/करूँगी, ऐसा न करने की  
स्थिति में यह राशि भू-राजस्व की बकाया राशि की तरह वसूल की जा सकेगी।

शपथग्रहिता

### सत्यापन

मैं सत्यापित करता /करती हूँ कि मेरे द्वारा बंध पत्र में दी गई समस्त  
जानकारी मेरे निजी ज्ञान व विश्वास के आधार पर सही है, इसमें किसी भी तथ्य  
को छुपाया नहीं गया है। सत्यापन आज दिनांक.....को शहर.....में  
किया गया।

शपथग्रहिता

साक्षीगण :-

1. नाम .....  
पता .....  
.....  
हस्ताक्षर
2. नाम .....  
पता .....  
.....  
हस्ताक्षर