

सावित्रीबाई फुले आदर्श शिक्षिका पुरस्कार" (२००९-२०१०)

- १) शिक्षिकेच संपूर्ण नाव :
- २) पत्ता व दूरध्वनी क्रमांक (निवास) :
- ३) सेवेत असलेल्या महाविद्यालयाचे/
विद्यापीठ विभागाचे नाव व पत्ता :
- ४) धारण केलेले पद (स्थायी) :
- ५) अध्यापनाचा अनुभव :
- ६) शैक्षणिक अर्हता :
- ७) प्रस्ताव सुचविणा-या शिक्षकाचे संपूर्ण
नाव पत्ता व दूरध्वनी क्रमांक :
- ८) सूचकाचे महाविद्यालय/विद्यापीठ
नाव व पत्ता व मोहर
प्रस्ताव सुचविणा-या शिक्षकांची दिनांकित स्वाक्षरी
- ९) प्रस्तावास अनुमोदन देणा-या शिक्षकाचे
नाव पत्ता व दूरध्वनी क्रमांक :
- १०) अनुमोदकाचे महाविद्यालय/विद्यापीठ
विभागाचे नाव, पत्ता व मोहर
प्रस्ताव सुचविणा-या शिक्षकांची दिनांकित स्वाक्षरी
मी खाली सही करणार श्रीमती/कुमारी -----

बसे जाहीर करणे की उभरोक्त माहिती सत्य असून सत्य प्रस्तावात प्राची संमती आहे.
दिनांक :

शिक्षिकेची स्वाक्षरी

श्रीमती/कुमारीहया आमच्या विभागात

या पदावर कार्यरत असून मी प्रमाणित करतो/करते की त्यांनी वर दिलेली माहिती सत्य
असून सदर प्रस्तावासाठी त्यांच्या नावाची शिफारस करीत आहे.

स्वाक्षरी

विभागाचे संचालक/विभाग प्रमुख

महाविद्यालयाचे प्राचार्य/यांची स्वाक्षरी/शिक्का

सावित्रीबाई फुले आदर्श शिक्षिका पुरस्कार" (२००९-२०१०)

क्र.	शिल्लेचे नाम व पदनाम	साध्या सेवेत असलेले ठिकाण	स्थापी सेवेचा कालावधी	विषय	शैक्षणिक पात्रता	ग्रंथ/लेखन इ. (स्त्रियांच्या प्रवनावरील संशोधन)	सहशैक्षणिक उपक्रमागधीत सहभाग स्त्रियांच्या रक्षणी करणासाठी केलेले उल्लेखनीय कार्य (अंगणवाडी) जातीयता निर्मुलन साक्षरता अभियान इ. बाबत सहभाग	सामाजिक उपक्रमागधीत सहभाग (स्त्री शोषण विरुद्ध जाणीवजागृती, स्त्रीयांवरील अत्याचार, हुंडा निर्मुलन इ. बाबत क्रियाशिल सहभाग)	ज्ञान्यताप्राप्त संस्थेकडून मिळालेली पारितोषिके/ बक्षिसे	थोडक्यात परिचय (स्वतंत्र) परिशिष्ट जोडावे

द्वेनांक :

ठिकाण :

विद्यापीठाच्या विभागाचे संचालक/विभागप्रमुख/महाविद्यालयाचे
प्राचार्य यांची स्वाक्षरी व मोहोर/शिकका

प्रपत्र 'क'

याद्वारे प्रमाणित करण्यात येते की,

श्रीमती/कुमारी

.....

(आडनाव प्रारंभ करून संपूर्ण नाव)

पदनाम - प्राध्यापक/ अधिव्याख्याता/प्रपाठक

..... यांचा मतोत्तिहास निष्कलंक असून, त्यांचे पूर्वचारित्र्य निर्दोष आहे.

त्यांच्या विरुद्ध विभागीय अथवा अन्य प्रकारची कोणतीही चौकशी किंवा न्यायालयीन कार्रवाही चालू नाही.

ठिकाण :-

दिनांक :-

स्वाक्षरी

विभागाने संचालक/विभाग प्रमुख

महाविद्यालयाचे प्राचार्य यांची स्वाक्षरी/सिक्का