



Accredited Grade "A" by NAAC (3rd Cycle)

SAURASHTRA UNIVERSITY

EXAM SECTION-01

University Campus, University Road, Rajkot – 360005
PhoneNo.: (0281) 2576511 Ext. No.736/737/738 FAX No.: (0281) 2586411
E-mail Id: exam01@sauuni.ac.in

Dated: 29/07/2020

વિદ્યાર્થી મિત્રો,

તા. ૦૪/૦૮/૨૦૨૦ ના રોજ થી શરૂ થનાર યુનિવર્સિટીની તમામ પરીક્ષા માટે નીચેના સૂચનો ધ્યાને લઈને અમલ કરવાનો રહેશે.

1. તમામ વિદ્યાર્થીઓએ પરીક્ષાના સમયપત્રક અને સીટ નંબર જોઈને જ પરીક્ષા આપવા માટે આવવું તેમજ સમયપત્રકમાં આપેલી સૂચનાઓનું ચુસ્તપણે પાલન કરવાનું રહેશે.
2. પરીક્ષા કેન્દ્રમાં પરીક્ષાના સમયપત્રકમાં આપેલા સમય કરતા ૪૫ મિનીટ પહેલા પરીક્ષા કેન્દ્ર ઉપર હાજર રહેવાનું રહેશે.
3. પરીક્ષા કેન્દ્રમાં એક પછી એક પરીક્ષાર્થીને પ્રવેશ આપવામાં આવશે માટે પ્રવેશ માટે સોશ્યલ ડીસ્ટન્સ જાળવવાનું રહેશે.
4. પરીક્ષા કેન્દ્રમાં પ્રવેશ મેળવતા પહેલા પરીક્ષા કેન્દ્રની બહાર સોશ્યલ ડીસ્ટન્સ જાળવીને પ્રવેશ માટે પ્રતીક્ષા કરવાની રહેશે.
5. દરેક પરીક્ષાર્થીએ પોતે સંપૂર્ણ સ્વસ્થ છે તે બાબતનું લેખિત ડીક્લેરેશન આપવાનું રહેશે.
6. પરીક્ષા કેન્દ્રમાં પ્રવેશ સાથે જ દરેક પરીક્ષાર્થીનું ટેમ્પરેચર માપવામાં આવશે અને સેનીટાઈઝ કરવામાં આવશે.
7. પરીક્ષા કેન્દ્રમાં દરેક જગ્યાએ સુચના પાલન કરવાના અને દિશા સૂચક સંજ્ઞા મુકેલી છે તેનું સંપૂર્ણ પાલન કરવાનું રહેશે.
8. પરીક્ષા આપવા માટે પરીક્ષા કેન્દ્રની અંદર આવવાનો દરવાજો અને પરીક્ષા પૂરી થયા પછી પરીક્ષા કેન્દ્રથી બહાર જવાનો દરવાજો અલગ-અલગ રાખવામાં આવેલ હોય તો તે મુજબ કાર્યવાહી કરવાની રહેશે.
9. પરીક્ષા ખંડમાં દરેક પરીક્ષાર્થીએ માત્ર પેન, પેન્સિલ, ફૂટપટ્ટી, ઈરેઝર સિવાય કોઈપણ વસ્તુ લઈ જઈ શકશે નહિ.

પરીક્ષામાં સફળતા માટે તમામ પરીક્ષાર્થીઓને યુનિવર્સિટી તરફથી ખુબ શુભેચ્છાઓ.

Wigshi

Controller of Examination

-: DECLARATION FORM :-

I _____ student of _____
College/Institute/Department hereby declare as per best of my
medical knowledge and belief that i have not any type of
symptoms of SARI (Cough, Common Cold, Fever, Respiratory
distress etc.) since last 10 days, I also follows all preventive
COVID-19 guidelines provided by Government of Gujarat.

Place :		Signature :	
Date :		Name of Examination :	
		Branch / Subject :	
		Year / Semester :	
		Seat No. :	
		Mobile No. :	

-: DECLARATION FORM :-

I _____ student of _____
College/Institute/Department hereby declare as per best of my
medical knowledge and belief that i have not any type of
symptoms of SARI (Cough, Common Cold, Fever, Respiratory
distress etc.) since last 10 days, I also follows all preventive
COVID-19 guidelines provided by Government of Gujarat.

Place :		Signature :	
Date :		Name of Examination :	
		Branch / Subject :	
		Year / Semester :	
		Seat No. :	
		Mobile No. :	