



डा बी आर अम्बेडकर राष्ट्रीय प्रौद्योगिकी संस्थान, जालन्धर
Dr B R Ambedkar National Institute of Technology, Jalandhar

क्षतिपूर्ति परीक्षा हेतु आवेदन

APPLICATION FOR MAKE UP TEST

(अंतिम तिथी के पूर्व विधिवत भरे प्रपत्र को संकायाध्यक्ष (शैक्षणिक) कार्यालय में जमा करें)
(Submitted the duly filled performa in the Dean (Academic) office before last date)

घर का पता व नाम

Name with Home Address

: _____

मोबाइल नम्बर / Mobile No.

: _____

अनुक्रमांक / Roll No.

: _____

विषय / Discipline

: _____

सत्र / Semester

: _____

क्षतिपूर्ति परीक्षा का कारण

Reasons for Make up Exam

: _____

मोबाइल नम्बर / Mobile No.

: _____

आपेक्षित क्षतिपूर्ति परीक्षा हेतु पाठ्यक्रमों का विवरण / Detail of courses for which Make up Examination is required:

क्र.सं. S.No	पाठ्यक्रम कोड Course Code	पाठ्यक्रम शीर्षक Course Title	परीक्षा की तिथी Date of Exam	निर्धारित परीक्षा तिथी तक उपस्थिति प्रतिशत Percentage Attendance till the date of scheduled exam	पाठ्यक्रम समन्वयक का नाम Name of Course Coordinator	पाठ्यक्रम समन्वयक का हस्ताक्षर Signature of Course Coordinator
1						
2						
3						
4						
5						
6						

(छात्र का हस्ताक्षर)
(Signature of student)

संस्तुति / Recommendation:

अधिकारी / Officer	टिप्पणियाँ / Comments	हस्ताक्षर / Signature
छात्रावास संरक्षक / Hostel Warden		
मुख्य संरक्षक / Chief warden		
एनआईटी जालन्धर के चिकित्सा पदाधिकारी (बीमारी की स्थिति में) Medical officer of NIT Jal (In case of illness)		
विभागाध्यक्ष / Head of Department		

संकायाध्यक्ष (शैक्षणिक)
Dean (Academic)