

ಮುಚ್ಚಳಿಕೆ ಪತ್ರ

\_\_\_\_\_ ಜಿಲ್ಲೆ \_\_\_\_\_ ತಾಲ್ಲೂಕು  
\_\_\_\_\_ ಗ್ರಾಮ/ಪಟ್ಟಣದಲ್ಲಿ \_\_\_\_\_ ವಾಸವಾಗಿರುವ  
ಶ್ರೀಮತಿ/ಶ್ರೀ \_\_\_\_\_ ಇವರ  
ಮಗ/ಮಗಳು \_\_\_\_\_

ಆದ ನಾನು ದಿನಾಂಕ: \_\_\_\_\_ ರಲ್ಲಿ ಆಯುಕ್ತರು, ಹಿಂದುಳಿದ ವರ್ಗಗಳ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ, ಬೆಂಗಳೂರು ಇವರಿಗೆ ಬರೆದುಕೊಟ್ಟ ಮುಚ್ಚಳಿಕೆ ಪತ್ರ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಹಿಂದುಳಿದ ವರ್ಗಗಳ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳಿಗೆ ಹಿಂದುಳಿದ ವರ್ಗಗಳ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖಾವತಿಯಿಂದ ನೀಡುವ ಐ.ಎ.ಎಸ್. ಪರೀಕ್ಷಾ ಪೂರ್ವ ತರಬೇತಿಗೆ 2019-20ನೇ ಸಾಲಿನಲ್ಲಿ ಆಯ್ಕೆಯಾಗಿರುವ ನಾನು ತರಬೇತಿಯ ಎಲ್ಲಾ ವಿವರಗಳನ್ನು ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ತಿಳಿದುಕೊಂಡಿದ್ದು, ಸದರಿ ತರಬೇತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸರ್ಕಾರವು ವಿಧಿಸುವ ಎಲ್ಲಾ ನಿಯಮಗಳನ್ನು ಪಾಲಿಸುತ್ತೇನೆ. ನಾನು ಈ ಮೊದಲು ಹಿಂದುಳಿದ ವರ್ಗಗಳ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಯಿಂದ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಸ್ಪರ್ಧಾತ್ಮಕ ಪರೀಕ್ಷಾ ಪೂರ್ವ ತರಬೇತಿಯನ್ನು ಪಡೆದಿರುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ. ನಾನು ಇಲಾಖೆಗೆ ತಪ್ಪು ಮಾಹಿತಿ ನೀಡಿ ತರಬೇತಿ ಪಡೆದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ನಾನು ತರಬೇತಿಯನ್ನು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸದೆ ಮಧ್ಯದಲ್ಲೇ ಬಿಟ್ಟಲ್ಲಿ ನನ್ನ ತರಬೇತಿಗಾಗಿ ಸರ್ಕಾರವು ಮಾಡಿರುವ ವೆಚ್ಚವನ್ನು, ಸರ್ಕಾರವು ವಿಧಿಸುವ ಬಡ್ಡಿಯೊಂದಿಗೆ ಮರುಪಾವತಿಸಲು ಬದ್ಧವಾಗಿರುತ್ತೇನೆ. ಒಂದು ವೇಳೆ ನಾನು ಸರ್ಕಾರಕ್ಕೆ ಸದರಿ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಹಿಂದಿರುಗಿಸದೇ ಇದ್ದಲ್ಲಿ, ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರವು ಇದನ್ನು ಭೂ ಕಂದಾಯ ಬಾಕಿ ಎಂಬುದಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಿ, ನನ್ನಿಂದ ವಸೂಲಿ ಮಾಡಲು ಹಾಗೂ ಕಾನೂನಿನ ರೀತ್ಯ ನನ್ನ ವಿರುದ್ಧ ಕ್ರಮ ಜರುಗಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.

ತರಬೇತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ನಿಬಂಧನೆಗಳನ್ನು ಒಪ್ಪಿ, ಈ ಮುಚ್ಚಳಿಕೆ ಪತ್ರವನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿರುತ್ತೇನೆ.

1. ನಿಯೋಜಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ತರಬೇತಿ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಬದಲಾವಣೆ ಕೋರುವುದಿಲ್ಲ.
2. ತರಬೇತಿಗೆ ನಿಯಮಿತವಾಗಿ ಹಾಜರಾಗುತ್ತೇನೆ.
3. ಮಾಸಿಕ ತರಬೇತಿ ಭತ್ಯೆಯನ್ನು ಪ್ರತಿ ತಿಂಗಳ ಬಯೋಮೆಟ್ರಿಕ್ ಹಾಜರಾತಿ ವರದಿ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ನೀಡಲಾಗುವುದು ಹಾಗೂ ಒಂದು ತಿಂಗಳ ತರಬೇತಿಯ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಕನಿಷ್ಠ ಶೇ.85 ರಷ್ಟು ಹಾಜರಾತಿ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಇರಬೇಕು ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿದಿರುತ್ತೇನೆ. 3 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅವಧಿಗೆ ಗೈರು ಹಾಜರಾದಲ್ಲಿ, ಆ ಅವಧಿಗೆ ತರಬೇತಿ ಭತ್ಯೆಯನ್ನು ಪಾವತಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿದಿರುತ್ತೇನೆ.
4. ತರಬೇತಿ ಭತ್ಯೆ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆಗೆ ಜಮಾ ಆಗುವುದು ವಿಳಂಬವಾದಲ್ಲಿ ಅದು ತಾಂತ್ರಿಕ ಕಾರಣದಿಂದ ಎಂಬುದನ್ನು ನಾನು ತಿಳಿದಿರುತ್ತೇನೆ.
5. ಯಾವುದೇ ಸಮರ್ಪಕ ಕಾರಣವಿಲ್ಲದೇ ಹಾಗೂ ಆಯುಕ್ತರು, ಹಿಂದುಳಿದ ವರ್ಗಗಳ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ, ಬೆಂಗಳೂರು ಇವರ ಪೂರ್ವಾನುಮತಿ ಪಡೆಯದೇ 15 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅವಧಿಗೆ ಗೈರು ಹಾಜರಾದಲ್ಲಿ ಅಂತಹ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗೆ ತರಬೇತಿಯ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಹಾಗೂ ತರಬೇತಿಯ ಪೂರ್ಣ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ನಾನು ಸರ್ಕಾರಕ್ಕೆ ಹಿಂದಿರುಗಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿದಿರುತ್ತೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ: \_\_\_\_\_ ಪೋಷಕರ ಸಹಿ \_\_\_\_\_ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಸಹಿ \_\_\_\_\_  
ಸ್ಥಳ: \_\_\_\_\_ (ಪೋಷಕರ ಹೆಸರು) \_\_\_\_\_ (ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಹೆಸರು)