<u>રૂા. ૨૦/– ના સ્ટેમ્પ પેપર ઉપર કરવાનું થતું સોગંદનામું</u>

| આથી હું (અટક) (નામ) |
|----------------------------------------------------------------------------------------|
| (પિતાનું નામ) ઉંમર |
| રહેવાસીઆથી |
| સોગંદ ઉપર જાહેર કરૂ છું કે, વીર નર્મદ દક્ષિણ ગુજરાત ચુનિવર્સિટી સાથે સંલગ્ન |
| કોલેજ/અનુસ્નાતક ભવન / કેન્દ્રનો હું |
| સને ના શૈક્ષણિક વર્ષમાં વિધાર્થી / વિધાર્થીની હતો/હતી, મેં માર્ચ / એપ્રિલ $-$ |
| ઓકટો. /નવેમ્બર માં લેવાયેલ પરીક્ષાના બેઠક |
| નંબરથી કેન્દ્રમાંથી પરીક્ષા આપી હતી, આ પરીક્ષાનું મને |
| અસલ પદવી પ્રમાણપત્ર/માર્કશીટ મળેલ છે જે અસલ પદવી પ્રમાણપત્ર / માર્કશીટ મારાથી |
| ખોવાઈ/ચોરાઈ/ફાટી ગયેલ છે(અન્ય |
| કારણ હોયતો તો તે દર્શાવવું). ભવિષ્યમાં મને જો અસલ પદવી પ્રમાણપત્ર/ માર્કશીટ મળી જશે તો |
| તે હું પરત કરીશ. આ એફ્રીકેવીટ પરીક્ષાની કુપ્લીકેટ કિગ્રી સર્ટિફ્રિકેટ / |
| ડુપ્લીકેટ માર્કશીટ મેળવવા માટે કરેલ છે. |
| સહી |
| તારીખ: |
| સ્થળ: |
| (સોગંદનામું સક્ષમ અધિકારી સમક્ષ થયેલ હોવું જોઈએ) |

FORMAT OF NOTARIZED AFFIDAVIT TO BE EXECUTED FOR OBTAINING DUPLICATE DEGREE CERTIFICATE [ON NON JUDICIAL STAMP PAPER OF Rs. 20/-]

| I under signed, | [Surname] | | | | | |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|---------------|---------------|---------|
| | [Name] | | | | | |
| | [Father's/Husband's Name] [Age] Years | | | | | |
| | | | | | | |
| [Full Residential | Address] | | | | | |
| hereby declare | on oath | that I | was | student | of [Na | me of |
| College/Departm | ent] | | | | | during |
| the educational | Year | af | filiated | to Veer | Narmad | South |
| Gujarat Unive | | | | | | |
| | _with Seat No. | | from the | e | _ Centre. | I had |
| received the Deg Gujarat Universi | ty for aforesaid | examinati | on, whic | h is lost/sto | olen/torne | d |
| traceable in spite | of my sincere e | efforts. | | | | |
| I will not misuse me and I will retu same in future. | urn the Origina | al Degree C | ertificate | e / Mark S | heet, if I fi | ind the |
| Certificate/ Dupli | cate Mark She | et. | | | | |
| | | | Si | gnature _ | | |
| Place: | | | | | | |
| Date: | | | | | | |