



भारतीय प्रबंध संस्थान रोहतक
INDIAN INSTITUTE OF MANAGEMENT ROHTAK
प्रबंधन शहर, एनएच 10, सुनारिया, रोहतक, हरियाणा- 124010
MANAGEMENT CITY, NH 10, SUNARIA, ROHTAK HARYANA- 124010

पीजीपी छात्र अवकाश आवेदन पत्र / PGP Student's Leave Application Form

सेवा में/To,

अध्यक्ष - एचएसए /The Chairperson – HSA,

आईआईएम रोहतक/ IIM Rohtak

नाम/Name: _____ वर्ष/Year: _____ टर्म/Term: _____ अनुक्रमांक/Roll No: _____

अवकाश (दिनांक/ समय) / Leave (Date/Time): से/From: _____ तक/to: _____

दिनों की कुल संख्या / Total No of Days: _____

अवकाश का कारण/ Reason to Leave: _____

अवकाश अवधि के दौरान सत्रों से अनुपस्थित रहने की स्थिति / Status of absent from the sessions during the leave period

क्र.सं./ S. No.	दिनांक / Date	पाठ्यक्रम शीर्षक / Course Title	सत्रों में अनुपस्थिति की संख्या/ No. of absence in Sessions	पाठ्यक्रम में पिछली अनुपस्थिति/ Previous absence in the course	कुल अनुपस्थिति / Total Absents	पीजीपी /प्लेसमेंट कार्यालय की टिप्पणी (यदि कोई हो) /Remarks from PGP /Placement Office (if any)
1						
2						
3						
4						
5						

अवकाश की अवधि के दौरान फोन नंबर के साथ पूरा डाक पता / Complete postal address with phone no. during leave period:

मैं एतद्वारा पुष्टि करता / करती हूँ कि मेरे पास इस छुट्टी का वास्तविक कारण है और मुझे संस्थान के अवकाश नियमों की जानकारी है। किसी भी मामले में, यदि मेरी अनुपस्थिति किसी भी टर्म कोर्स में अनुपस्थिति की सीमा (20%) से अधिक हो जाती है, तो मैं इसके लिए पूरी तरह से जिम्मेदार हूँ और इसके प्रभावों का सामना करने के लिए तैयार रहूँगा/ रहूँगी/ मैं इसके द्वारा पुष्टि करता हूँ कि मैंने पीजीपी कार्यालय को अनुरोधित छुट्टी अवधि के दौरान छुट्टी हुई किसी भी कक्षा के बारे में सूचित कर दिया है और उसकी जिम्मेदारी लेता हूँ। मैं यह भी समझता हूँ कि अपनी छुट्टी की अवधि के दौरान नियोजित/प्रत्याशित किसी भी कार्यक्रम/कार्यक्रम के छूटने के लिए मैं पूरी तरह जिम्मेदार हूँ और इसके परिणामों का सामना करने के लिए तैयार हूँ। I hereby confirm that I have a genuine reason for this leave and aware of the leave rules of the institute. In any case, if my absence will exceed the absence limit (20%) in any of the term courses, I am solely responsible for this and ready to face the implications of the same. I hereby confirm that I have informed the PGP Office of any classes that I may miss during requested leave period and take responsibility of the same. I also understand that I am solely responsible for missing any event/programme planned/anticipated during my leave period and ready to face the implications of the same.

दिनांक /Date: _____

छात्र के हस्ताक्षर /Signature of Student: _____

संपर्क नंबर/ Contact No: 1. _____ 2. _____

(एचएसए कार्यालय में उपयोग के लिए / For use in HSA office)

Breif Comment (If any) / संक्षिप्त टिप्पणी (यदि कोई हो) _____

अवकाश स्वीकृत/अनुमोदित नहीं / Leave Approved/Not Approved _____

(सहायक प्रबंधक - एचएसए / Assistant Manager - HSA)

(अध्यक्ष - छात्रावास / The Chairperson – HSA)