



# महात्मा गांधी केन्द्रीय विश्विद्यालय, बिहार

## MAHATMA GANDHI CENTRAL UNIVERSITY, BIHAR

(Established by an Act of Parliament/ संसद के अधिनियम से स्थापित)  
ChanakyaParisar, Zila School Campus, Motihari, District: East Champaran, Bihar – 845401  
[www.mgcub.ac.in](http://www.mgcub.ac.in)

### कस्तूरबा गांधी महिला छात्रावास

### Kasturba Gandhi Women's Hostel

#### घोषणा/ UNDERTAKING

मैं, (नाम) ..... पुत्री....., पता.....पंजीयन संख्या ..... निम्नलिखित की घोषणा करती हूँ:

I, (Name) ..... daughter of ..... , Resident of ..... Enrollment No ..... hereby undertake the following:

1. मैंने वर्तमान COVID-19 महामारी के दौरान अपनी यात्रा और ठहरने के संबंध में MGCU द्वारा जारी सभी दिशा-निर्देशों/परामर्श को ध्यान से पढ़ा है।

I have read carefully all the guidelines/advisory issued by MGCU regarding my visit and stay during the current COVID-19 pandemic.

2. मैं MGCU द्वारा COVID-19 महामारी के साथ-साथ स्वास्थ्य और परिवार मामलों के मंत्रालय, भारत के नियमों के बारे में निर्धारित सभी दिशानिर्देशों का सख्ती से पालन करूंगा। मेरे द्वारा दिशानिर्देशों के किसी भी उल्लंघन के मामले में, मैं एमजीसीयू नियमों और विनियमों के अनुसार कार्रवाई करने के लिए उत्तरदायी हूँ।

I shall strictly follow all the guidelines laid down by MGCU regarding COVID-19 pandemicas well as the regulation of Ministry of Health and Family Affairs, India. In case of any violation of guidelines by me, I am liable to be acted on as per MGCU rules and regulations.

3. कस्तूरबा गांधी महिला में प्रवेश के समय यदि कोई कोविड-19 लक्षण हों तो उसका विवरण छात्रावास:

Details of Covid-19 Symptoms if any at the time of entry to the Kasturba Gandhi Women's Hostel:

a) बुखार/Fever – Yes/No:    b) सुखी खांसी/Dry Cough – Yes/No:    c) थकान/Tiredness – Yes/No:

4. टीकाकरण का विवरण:

टीका लगाया गया: आंशिक रूप से/पूरी तरह से

पहली खुराक की तारीख:

टीके का नाम:

दूसरी खुराक की तारीख:

Details of Vaccinations:

Vaccinated: Partially/Fully

Date of 1st Dose:

Vaccine Name:

Date of 2nd Dose:

(संलग्न टीकाकरण प्रमाण पत्र/Attached Vaccination Certificate)

दिनांक/Date:

विद्यार्थी का हस्ताक्षर/Signature of the Student:

संपर्क सूत्र/Mobile No.:

विभाग/Department:

आपातकालीन स्थिति में संपर्क करने वाले व्यक्ति का नाम।/In Case of Emergency name of Person to contact.

नाम/Name:

संपर्क सूत्र/Mobile Number:

निवासी को रहने की अनुमति देने और छात्रावास में कमरे साझा करने के लिए माता-पिता/अभिभावकों से सहमति

**Consent from Parents/ Guardians for allowing the resident to stay and sharing of rooms in the Hostel**

छात्रावास में अन्य निवासियों के साथ कमरे साझा करने में हमें कोई आपत्ति नहीं है।

We have no objection in sharing of rooms with other residents in the Hostel.

दिनांक/Date:

Name and Signature of Parents:

माता/पिता का नाम और हस्ताक्षर:

संपर्क सूत्र/Contact Number: