अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नागपुर
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, NAGPUR

एल.आर.ए. दावा प्रपत्र/**LRA CLAIM FORM**

नाम/Name :		नियुक्ति की तिथि / Date of Joining:	
पदनाम/Designation :		एलआरए की पात्रता / Entitlement of LRA :	
विभाग/Department :			

Sl. No	Item Purchased	Invoice No	Date of Purchase	Amount	Purchased under which Head (refer Office order dated 15/03/2019)	For Office use only Permissible Yes/No
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
Total amount eligible for LRA :-						

प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त उल्लिखित वस्तुएँ वास्तव में मेरे द्वारा खरीदी और भुगतान की गई हैं और सीखने के लिए संसाधन सामग्री के रूप में उपयोग की गई हैं। /Certified that the above mentioned items have actually been purchased and paid by me and used as resource material for learning.

दिनांक/Date: कार्मिक के हस्ताक्षर/Signature of Personnel

एलआरए समिति के सदस्यों के हस्ताक्षर/Signature of LRA Committee Members:

(केवल कार्यालय प्रयोग हेतु / For Office use only)

Submitted for grant of Learning Resource Allowance of Rs. _____ Rupees_____only) for the financial year 2023-2024.

डीडीओ/DDO **एओ/AO** **एफए/FA** **डीडी(ए)/DD(A)** **निदेशक/Director**

,