

APAAR ID બનાવવા માટે વિદ્યાર્થીના પિતા/માતા/કાનૂની વાલીની સંમતિ

શાળાનું નામ – વસિષ્ઠ જેનેસિસ સ્કૂલ, બાબેન.

હું પિતાનું નામ, આધાર/PAN/EPIC/DL/PP અને ઓળખ પુરાવા નંબર
..... ના રૂપમાં મારા ઓળખના પુરાવા સાથે સગીર વિદ્યાર્થીનું નામ
..... ના (કુદરતી/કાનૂની વાલી) તરીકે સ્વેચ્છાએ મારા બાળકની નીચેના
આશયઓ અને હેતુઓ માટે APAAR ID બનાવવા અને મારા બાળકનું DigiLocker એકાઉન્ટ ખોલવાના એકમાત્ર હેતુ માટે UIDAI
દ્વારા જારી કરાયેલ આધાર નંબર અને વસ્તી વિષયક માહિતીને શેર કરવા માટે મારી સંમતિ આપું છું.

હું સમજું છું કે મારા APAAR ID નો ઉપયોગ શૈક્ષણિક અને સંબંધિત પ્રવૃત્તિઓ માટે સમય સમય પર શિક્ષણ મંત્રાલય દ્વારા સૂચિત
કરવામાં આવતા મર્યાદિત હેતુઓ માટે થઈ શકે છે અને શેર કરી શકાય છે. હું વધુમાં સમજું છું કે મારી વ્યક્તિગત રીતે ઓળખી શકાય તેવી
માહિતી (નામ, સરનામું, ઉંમર, જન્મતારીખ, લિંગ અને ફોટો) અન્ય હિસ્સેદારો જેમ કે શૈક્ષણિક સંસ્થાઓ અને વિવિધ શૈક્ષણિક પ્રવૃત્તિઓ
જેમ કે UDISE પ્લેસડેટાબેઝ, શિષ્યવૃત્તિ, શૈક્ષણિક રેકોર્ડ જાળવણી, સંકળાયેલી સંસ્થાઓ અને ભરતી એજન્સીઓ સાથે ઉપલબ્ધ કરાવી
શકાય છે

આધાર (નાણાકીય અને અન્ય સહાયો, લાભો અને લક્ષ્યાંકિત સેવાઓની ઉપલબ્ધિ) અધિનિયમ, 2016 મુજબ ઉપરોક્ત હેતુ માટે UIDAI
સાથે આધાર આધારિત પ્રમાણીકરણ કરવા માટે હું શિક્ષણ મંત્રાલયને મારા આધાર નંબરનો ઉપયોગ કરવા માટે આધિકૃત કરું છું. હું સમજું
છું કે UIDAI મારી ઈ-કેવાયસી વિગતો શેર કરશે અથવા સફળ પ્રમાણીકરણ પછી શિક્ષણ મંત્રાલય સાથે “ હા ” નો જવાબ આપશે.

હું સમજું છું કે હું જે માહિતી શેર કરું છું તે ગોપનીય રાખવામાં આવશે અને કાયદા દ્વારા આવશ્યકતા સિવાય કોઈપણ તૃતીય પક્ષને જાહેર
કરવામાં આવશે નહીં.

હું સમજું છું કે હું કોઈપણ સમયે અથવા કોઈપણ હેતુ માટે મારી સંમતિ પાછી ખેંચી શકું છું અને મારી સંમતિ પાછી ખેંચી લેવા પર, મારા
વિશે શેર કરેલી માહિતીની પ્રક્રિયા બંધ થઈ જશે, જો કે, સંમતિ પાછી ખેંચી લેવા પર પહેલેથી જ પ્રક્રિયા કરેલ કોઈપણ વ્યક્તિગત ડેટા
અપ્રભાવિત રહેશે.

શારીરિક સંમતિનું સ્થાન: સ્થળ - વસિષ્ઠ જેનેસિસ સ્કૂલ, બાબેન.

શારીરિક સંમતિની તારીખ: તારીખ

(સહી)

હું, મારી ક્ષમતામાં ડૉ. ગૌતમ ગુડા શાળાના વડા અથવા કોઈપણ અધિકૃત શિક્ષક/કર્મચારી તરીકે, જાહેર કરું છું કે વિદ્યાર્થીનું નામ

..... ના કુદરતી/કાનૂની વાલીએ ઉલ્લેખિત કર્યા મુજબ APAAR ID,
DIGILOCKER બનાવવાની, ઉપરોક્ત UDISE પ્લેસમાં એકાઉન્ટ ખોલવા અને ઓળખ ચકાસણી માટે આધાર પ્રદાન કરવા સંમત થયા
છે.

તારીખ

(સહી)

**CONSENT BY FATHER/MOTHER/LEGAL GUARDIAN
OF STUDENT FOR APAAR ID GENERATION**

School Name: Vasishtha Genesis School, Baben.

I, **(Name of Parent)**..... as the **<Natural / Legal Guardian>** of **(Name of Minor Student)** with my Identity Proof as **<AADHAAR/PAN/EPIC/DL/PP>** and Identity Proof Number **(ID Number)** voluntarily give my consent to share his/her Aadhaar Number and demographic information issued by UIDAI with Ministry of Education for the sole purpose of creation of APAAR ID and opening of DIGILOCKER account of my child for the following intents and purposes.

I understand that my APAAR ID may be used and shared for limited purposes as may be notified by Ministry of Education from time-to-time for educational and related activities. Further I am also aware that my personal identifiable information (Name, Address, Age, Date of Birth, Gender and Photograph) may be made available to entities engaged in various educational activities such as UDISE+ database, scholarships, maintenance academic records, other stakeholders like Educational Institutions and recruitment agencies.

I authorise Ministry of Education to use my Aadhaar number for performing Aadhaar based authentication with UIDAI as per provision of the Aadhaar (Targeted Delivery of Financial and Other Subsidies, Benefits, and Services) Act, 2016 for the aforesaid purpose. I understand that UIDAI will share my e-KYC details, or response of “Yes” with Ministry of Education upon successful authentication.

I understand that the information shared by me shall be kept Confidential and shall not be divulged to any third party except as may be required by law.

I understand that I can withdraw my consent for all or any of the purposes at any time by and on withdrawal of my consent, the processing of my shared information will stop, however, any personal data already been processed shall remain unaffected on such withdrawal of consent.

Place of Physical Consent: Vasishtha Genesis School, Baben.

Date of Physical Consent: **(Parent Signature)**
.....

CONSENT BY HEAD OF THE SCHOOL

I, **DR. GAUTAM GUHA** as Head of the School or any authorized teacher/staff hereby Declare that the Natural/Legal Guardian of **(Student Name)** as mentioned above has given the Consent for Providing AADHAAR to create APAAR ID, opening of DIGILOCKER Account and Identity Verification in UDISE Plus.

Date:..... **(Signature)**