

فرم مخصوص اخذ تعهد از پذیرفته شدگان منطقه ۱، رزمندگان و ایثارگران، برای همه رشته‌ها در آزمون سراسری

اینجانب: نام نام خانوادگی فرزند متولد سال به شماره شناسنامه
صادره از: محل تولد ساکن که در گروه آزمایشی در آزمون سراسری
سال در رشته (بجز رشته‌های دبیری) در مقطع دانشگاه یا مؤسسه آموزش عالی
جزو متقاضیان سهمیه منطقه یک و یا سایر سهمیه‌ها (بجز سهمیه مناطق ۲ و ۳) پذیرفته شده‌ام در کمال میل و اختیار، ضمن عقد خارج لازم
متعهد و ملتزم می‌شوم که پس از گذراندن دوره تحصیلی در مقطع فوق پس از تعیین تکلیف خدمت وظیفه عمومی به مدت یک برابر زمان
تحصیل خود در مناطقی که:

- ۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین می‌کند (برای رشته‌های تحصیلی گروه آموزش پزشکی).
 - ۲- سازمان‌ها و ادارات دولتی و ارگان‌ها و نهادهای انقلاب اسلامی تعیین می‌کنند (برای سایر رشته‌ها).
- در وهله اول در صورت نیاز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان‌ها و ادارات دولتی و ارگان‌ها و نهادهای انقلاب اسلامی (بر حسب
موارد ۱ و ۲) خدمت نمایم و در صورت عدم نیاز وزارتخانه‌ها و یا سازمان‌های مذکور در بخش خصوصی به تشخیص و معرفی وزارت کار و امور
اجتماعی خدمت نمایم. چنانچه ظرف یکسال پس از پایان تحصیل (بدون احتساب خدمت وظیفه عمومی) از انجام خدمت بنحو فوق استنکاف نمایم
وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارتخانه‌های مربوطه مجاز و مختارند علاوه بر ا سترداد برابر هزینه‌های سرانه دانشجوی در طول مدت تحصیل از
تحويل مدارک تحصیلی تا انجام خدمت مذکور خودداری نمایند. مفاد این تعهد به معنی اجرای تعهد آموزش رایگان می‌باشد و به موجب این تعهد
ضمن عقد خارج لازم به وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارتخانه‌های مربوطه وکالت می‌دهم در صورت تخلف از مفاد این تعهد و استنکاف از آن
که خارج از حیطه اقتدار اینجانب نباشد یک برابر هزینه‌های مصروفه سرانه دانشجوی را در مدت تحصیل از اموال اینجانب برداشت نمایند. تشخیص
وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارتخانه‌های ذیربط در مورد کیفیت تخلف و میزان هزینه‌های مصروفه غیرقابل اعتراض بوده و صرف اعلام
وزارتخانه‌های مذکور برای اینجانب قطعی و لازم‌الاجراست.

توضیح: برای رشته‌های گروه آموزشی پزشکی

- ۱- خدمات مزبور (تعهد) جزو خدمات قانونی گروه پزشکی محسوب می‌شود.
- ۲- تا انجام تعهدات مذکور در این تعهدنامه حق شرکت در درجات تحصیلی بالاتر را ندارم مگر با موافقت وزارت بهداشت، درمان و آموزش
پزشکی.

امضاء و اثر انگشت:

تاریخ: