

«ویژه دانشکده‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی»**(بجز رشته‌های سهمیه مناطق محروم موضوع قانون برقراری عدالت آموزشی و اصلاحات بعدی)**

اینجانب فرزند دارای شماره شناسنامه صادره از متولد تبعه دولت جمهوری اسلامی ایران مقیم (آدرس کامل) بوده که در آزمون سراسری سال با استفاده از سهمیه استان در کد رشته مقطع در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی پذیرفته شده‌ام. با علم و آگاهی کامل از مفاد قانون ثبت اسناد و آئین‌نامه‌های اجرائی آن و قانون تامین وسایل و امکانات تحصیل اطفال و جوانان ایرانی متعهد و ملزم می‌شوم که در رشته مقطع به تحصیل مشغول شوم و طبق ضوابط مربوط دوره مذکور را به پایان برسانم و مقررات مربوط به دوره دانشگاه محل تحصیل را رعایت نمایم و حداکثر ظرف مدت یک ماه پس از پایان دوره تحصیل خود را به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان معرفی نمایم و با توجه به مندرجات دفترچه آزمون سراسری چنانچه از سهمیه ثبت‌نامی منطقه یک، رزمندگان، شاهد، خانواده شهدا و سهمیه قبولی کد صفر (۲۰٪ آزاد) استفاده نموده باشم، برابر مدت تحصیل و اگر از سهمیه ثبت‌نامی مناطق ۲ و ۳ استفاده نموده باشم دو برابر مدت تحصیل را در هر محلی که دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان تعیین می‌نماید، خدمت نمایم.

در صورتی که به دلایل آموزشی، سیاسی و اخلاقی به جز در مواردی که بعلت بیماری با تائیدیه شورای عالی پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موفق به ادامه تحصیل نگردم و یا به دلیلی از ادامه تحصیل اخراج شوم و یا پس از اتمام دوره به هر دلیلی از انجام خدمات مورد نظر استنکاف نمایم یا صلاحیت استخدام و اشتغال در دستگاه‌های دولتی را نداشته باشم و یا پس از شروع به کار به هر علتی از مؤسسه محل خدمت اخراج شوم یا ترک خدمت نمایم و یا حداکثر یک ماه پس از فراغت از تحصیل به محل تعهد خدمتی که دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تعیین می‌نماید جهت خدمت مراجعه نمایم و یا چنانچه از هر یک از تعهداتی که طبق این قرارداد بر عهده گرفته‌ام تخلف نمایم متعهد می‌گردم معادل ۳ برابر کمک هزینه تحصیلی و همچنین سه برابر هزینه‌های مصروفه را به تشخیص دانشگاه محل تحصیل، بصورت یکجا و بدون هیچگونه شرطی به صندوق دولت بپردازم و حق دریافت هرگونه گواهی فراغت از تحصیل و ریزنمرات از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه محل تحصیل را نیز از خود سلب می‌نمایم.

تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی راجع به وقوع تخلف و کمیت و کیفیت و میزان هزینه و خسارت، قطعی و غیر قابل اعتراض بوده و مورد پذیرش اینجانب می‌باشد. همچنین چنانچه نشانی خود را تغییر دهم، باید فوراً مراتب را به دفترخانه تنظیم کننده سند و همچنین دانشگاه مذکور اطلاع دهم در غیر این صورت ارسال کلیه ابلاغات و اخطاریه‌ها به محل تعیین شده در این سند ابلاغ قانونی تلقی می‌شود.

«برای تضمین حسن اجرای تعهدات این سند اینجانب دارای شناسنامه شماره فرزند صادره از ساکن تعهد می‌نمایم به طور تضامن مسؤول اجرای تعهدات مالی متعهد اصلی می‌باشم و در صورتی که متعهد این سند از هر یک از تعهدات مندرج در این سند و کلیه ضوابط و مقررات مربوطه تخلف نماید، کلیه وجه التزام موضوع این سند را صرف تشخیص و اعلام وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بدون هیچگونه عذر و بهانه نقداً و یکجا پرداخت نمایم، همچنین علاوه بر تعهداتی که متعهد اصلی به شرح مذکور در فوق تقبل نموده، از عهده کلیه دیون و قروضی که ممکن است متعهد به محل تحصیل و مؤسسات وابسته به آن داشته و یا خساراتی که وارد نموده است از اموال خود برآیم و منفرداً یا متضامناً با متعهد اصلی وجه التزام و مبالغ مندرج در سند را بپردازم. تشخیص وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نسبت به وقوع تخلف، کمیت و کیفیت آن و تعیین میزان وجه التزام و سایر مبالغ مندرج در سند قطعی و مورد پذیرش اینجانبان می‌باشد و حق هرگونه اعتراضی را در این خصوص از خود سلب می‌نمایم و در صورت تخلف متعهد اصلی از هر یک از مفاد این سند متعهد له این سند حق دارد بدون مراجعه به مراجع قضایی، با اعلام به دفترخانه تنظیم کننده سند در مورد تخلف از طریق صدور اجراییه نسبت به استیفای حقوق دولت اقدام نماید.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ:

امضاء: