

نوع سند - تعهد نامه

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 شده ام . با علم و آگاهی کامل از مفاد قانون ثبت  
اسناد و آئین نامه های اجرائی آن و قانون تامین وسایل و امکانات تحصیل اطفال وجوانان  
ایرانی متعهد و ملزم می شوم 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 حدکثر ظرف مدت یک ماه پس از پایان دوره تحصیل خود را به  
دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی استان ..... معرفی نمایم و با  
توجه به مندرجات دفترچه آزمون سراسری چنانچه از سهمیه ثبت نامی منطقه یک ،  
رزمندگان ، شاهد ، خانواده شهدا و سهمیه قبولی کد صفر ( 20 % آزاد ) استفاده نموده  
باشم . برابر مدت تحصیل واگر از سهمیه ثبت نامی مناطق 2 و 3 استفاده نموده باشم دو  
برابر مدت تحصیل را در هر محلی که دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی  
استان ..... تعیین می نماید ؛ خدمت نمایم .

در صورتی که به دلایل آموزشی ، سیاسی و اخلاقی به جزء 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 یکماه پس از فراغت از تحصیل به محل تعهد خدمتی که  
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..... تعیین می نماید جهت  
خدمت مراجعه نمایم و یا چنانچه از هر یک از تعهداتی که طبق این قرارداد بر عهده گرفته م  
تخلف نمایم متعهد می گردم معادل 3 برابر کمک هزینه تحصیلی و همچنین سه برابر هزینه  
های مصروفه را به تشخیص دانشگاه محل تحصیل ، بصورت یک جا و بدون هیچگونه به  
صندوق دولت پردازم وحق دریافت هر گونه گوهی فراغت از تحصیل و ریز نمرات از وزارت  
بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه محل یا تحصیل را نیز از خود سلب می نمایم .

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 می باشد .  
همچنین چنانچه نشانی خود را تغییر دهم . باید فوراً مراتب را دفتر خانه تنظیم کننده سند و  
همچنین دانشگاه مذکور اطلاع دهم در غیر این صورت ارسال کلیه ابلاغات و اخطاریه ها به  
محل تعیین شده در این سند ابلاغ قانونی تلقی می شود /

» برای تضمین حسن اجرای تعهدات این سند اینجانب ..... دارای  
شناسنامه شماره ..... فرزند ..... صادره از ..... ساکن  
تعهد می

نمایم که 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 یک جا پرداخت نمایم ، همچنین علاوه بر تعهداتی که متعهد اصلی به شرح مذکور در فوق تقبل نموده ، از عهده کلیه دیون و قروضی که ممکن ست متعهد به محل تحصیل و مؤسسات وابسته به آن داشته و یا خساراتی که وارد نموده است از اموال خود براریم ومنفرداً 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 می باشد و حق هر گونه اعتراضی را در این خصوص از خود سلب می نمائیم و در صورت تخلف متعهد اصلی از هر یک از مفاد این سند متعهد به این سند ..... حق دارد بدون مراجعه به مراجع قضایی ، با اعلام به دفتر چه تنظیم کننده سند در مورد تخلف از طریق صدور اجراییه نسبت به استیفای حقوق دولت اقدام نماید .