

## فرم تعهد نامه رسمي جهت سهميه خانم ها

اینجانب دکتر ..... فرزند..... شماره شناسنامه..... صادره  
از..... متولد..... شماره ملي ..... فارغ التحصيل رشته  
..... از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی..... در سال  
..... که تبعه دولت جمهوری اسلامی ایران بوده و دارای مذهب.....  
..... وساکن.....

و شاغل در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی..... می باشم .

وضعیت خدمت قانون خدمات پزشکان و پیراپزشکان :

انجام داده ام  انجام نداده ام  معاف هستم  مشغول انجام وظیفه ام

وضعیت تاهل :

متاهل / مجرد: ..... نام ..... همسر..... شغل ..... همسر  
..... محل.....  
..... همسر.....  
.....

که در آزمون پذیرش ..... مورخ..... در رشته تحصیلی  
.....

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ..... پذیرفته شده ام با علم و آگاهی کامل از قانونم ثبت اسناد در باب اجراء مفاد اسناد رسمي متعهد و ملتزم می شوم که در رشته تخصصی ..... به تحصیل مشغول شوم و طبق ضوابط مربوطه دوره مذکور را به پایان برسانم و درجه تخصصی را اخذ نمایم و مقررات مربوط به دوره دستیاری و دانشگاه محل تحصیل را رعایت نمایم و حداکثر ظرف یک ماه پس از پایان دوره تحصیلی تخصصی، خود را به حوزه معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معرفی کنم و حداکثر ۲ برابر مدت تحصیل را براساس ماده ۸ قانون تامین وسایل و امکانات تحصیل اطفال و جوانان ایرانی و اصلاحات بعدی آن و ماده واحده قانون تخصیص سهمیه برای زنان در پذیرش دستیار رشته های پزشکی مصوب ۷۲/۷/۲۱ و مصوبات نشست های شورای آموزش پزشکی و تخصصی وسایر ضوابط مصوب معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعهد موضوعه را در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..... یا هر محل دیگری که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تشخیص خود تعیین می نماید (اعم از آموزشی یا بهداشتی، درمانی) انجام دهم. در صورتی که به دلایل آموزشی، سیاسی و اخلاقی بجز در مواردی که بعثت بیماری با تایید شورایی عالی پزشکی دانشگاه محل تحصیل موفق به ادامه تحصیل نگردم و یا بعد از پایان دوره تخصصی به هر دلیلی از انجام تعهد فوق الذکر استنکاف نمایم و یا ظرف ۱ ماه پس از پایان تحصیل خود را به دانشگاه محل استخدام معرفی نمایم و یا صلاحیت استخدام را نداشته باشم و یا پس از شروع به کار بهر علتی از موسسه محل خدمت اخراج شوم و یا ترک خدمت کنم و بطور کلی چنانچه از هر یک از تعهداتی که طبق این قرارداد بر عهده گرفته ام تخلف نمایم، متعهد می گردم معادل سه برابر شهریه و هزینه تحصیلی بعلاوه دو برابر حقوق و مزایای دریافتی را بصورت یکجا و بدون هیچگونه قید و شرطی به صندوق دولت بپردازم.

چنانچه از انجام تعهد خدمتی مربوطه را به هر دلیلی استنکاف نمایم حق دریافت دانشنامه تحصیلی و یا هرگونه گواهی فراغت از تحصیل را از خود سلب می نمایم و ملتزم به پرداخت وجه التزام مقرر در این سند نیز می باشم و این وجه التزام بدل از خدمت نبوده و بدین جهت ، چنانچه به خدمت متعهد

در محل تعیین شده و فوق نیاز نباشد محل خدمت دیگری توسط وزارت بهداشت برای شخص متعهد تعیین خواهد شد و ملزم به انجام مورد تعهد در محل تعیین شده بر اساس مندرجات این تعهد نامه می باشم.

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 و موجب صدور اجرائیه از طریق دفتر اسناد رسمی تنظیم کننده سند و اداره ثبت مربوطه خواهد بود.

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

ضمناً خانم/ آقای..... فرزند ..... شهرت  
..... دارنده..... شناسنامه ..... شماره..... شماره  
ملی..... صادره..... از..... متولد.....  
ساکن.....

ضمانت نموده بطور تضامن که مسئول اجرای تعهدات مالی متعهد اصلی است و اعلام نمود علاوه بر تعهداتی که متعهد اصلی به شرح مذکور در فوق تقبل نموده، متعهد و ملزم می باشد که از عهده کلیه دیون و قروضی که ممکن است متعهد به موسسه محل تحصیل یا موسسه وابسته به آن داشته و یا خسارتی که وارد نموده باشد از اموال خود برآیم، و در صورت تخلف متعهد اصلی از مفاد این سند وزارت مذکور حق دارد بدون مراجعه به مراجع قضایی و بدون هیچگونه تشریفات و یا اعلام به دفتر خانه تنظیم کننده سند در مورد تخلف، از طریق صدور اجرائیه نسبت به استیفای حقوق دولت اقدام نماید.

تشخیص وزارت مزبور نسبت به وقوع تخلف از تعهدات و کیفیت و کمیت ارقام فوق و میزان هزینه های مصروفه و خسارات وارده قطعی و غیر قابل اعتراض بوده و مورد پذیرش امضاء کنندگان این سند می باشد و موجب صدور اجرائیه از طریق دفتر خانه تنظیم کننده سند خواهد بود و متعهد و ضامن وی حق هرگونه اعتراض را از خود سلب نمودند و تعهد امضاء کنندگان در قبال دولت تضامنی است و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی یا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می تواند بدون مراجعه به مراجع قضایی علیه هر یک از نامبردگان و یا در آن واحد علیه هر دوی آنان اجرائیه صادر و عملیات اجرائی ثبتی را به منظو وصول مطالبات دولت و خسارات تعقیب نماید.

محل امضاء متعهد :

محل امضاء ضامن :