

فرم تعهد نامه رسمي مربوط به سهميه مازاد تحت پوشش مناطق محروم

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.....

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

از نظر وضعیت خدمت نظام وظیفه :

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

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 کار
همسر.....

که در آزمون پذیرش مورخ..... در رشته تحصیلی تخصصی
..... دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشروط به انجام
خدمت به مدت دو و نیم برابر دوره تحصیلی در مناطق محروم تعیین شده توسط دانشگاه علوم پزشکی
..... پذیرفته شده ام با علم و آگاهی کامل از مفاد قانون ثبت اسناد و آئین نامه های اجرائی آن
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 از طریق
حوزه معاونت آموزشی و یا معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به دانشگاه محل استخدام
معرفی کنم و طبق ماده ۸ قانون تامین وسایل و امکانات تحصیل اطفال و جوانان ایرانی و سایر ضوابط و مقررات
(از جمله بند (۵) شصت و پنجمین نشست شورای آموزش پزشکی و تخصصی مربوط به قبولی ویژه و مشروط
مناطق محروم) ، تعهد موضوعه را به مدت دو و نیم برابر دوره آموزش در مناطق محروم تعیین شده توسط
دانشگاه علوم پزشکی انجام دهم. تعهدات مربوطه غیر قابل واگذاری به سایر مناطق و یا
دانشگاههای علوم پزشکی می باشد پس از اتمام دوره آموزش و کسب گواهی در آزمون گواهینامه، گواهینامه
موقت صادره برای اینجانب ، منحصرأ برای مناطق محروم مورد تعهد تا پایان مدت تعهدات دارای اعتبار بوده و بعد
از پایان مدت تعهدات گواهینامه دائمی صادر و دارای اعتبار در سایر مناطق کشور خواهد بود.

لذا نظر به اینکه پذیرش اینجانب مشروط به انجام خدمت به مدت دو و نیم برابر دوره تحصیلی در مناطق محروم
تعیین شده توسط دانشگاه علوم پزشکی می باشد در صورتی که به دلایل آموزشی، سیاسی و
اخلاقی بجز در مواردی که به علت بیماری با تایید شورای 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 ننمایم 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 ده برابر شهریه و
هزینه تحصیلی و حقوق و مزایای دریافتی را بصورت یکجا و بدون هیچگونه قید و شرطی به صندوق دولت
بپردازم.

وچنانچه تعهد خدمتي مربوطه را براي دانشگاه علوم پزشکی.....انجام ندهم ،حق دریافت دانشنامه تحصیلي و یا هرگونه گواهي فراغت از تحصیل را از خود سلب مي نمايم وگواهي نامه تخصصي اينجانب ابطال و ملتزم به پرداخت وجه اين سند مي باشم .

تشخيص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی راجع به وقوع تخلف و کمیت و کیفیت و میزان هزینه و خسارت قطعي و غير قابل اعتراض بوده و مورد پذیرش اينجانب مي باشد و موجب صدور اجرائيه از طريق دفتر اسناد رسمي تنظيم کننده سند و اداره ثبت مربوطه خواهد بود.

چنانچه نشاني خود را تغيير دهم بايد فوراً مراتب را به دفتر خانه تنظيم کننده سند و همچنين وزارت مذکور اطلاع دهم و الا ارسال کليه ابلاغات و اخطاربه ها به محل تعيين شده در اين سند ابلاغ قانوني تلقي مي شود.

ضمنا خانم/ آقای..... فرزندشهرتدارنده
شناسنامه شماره.....شمارهملی.....صادره
از.....متولد.....

.....ساکن.....

ضمانت نموده بطور تضامن که مسئول اجرائي تعهدات مالي متعهد اصلي است و اقرار نموده علاوه بر تعهداتي که متعهد اصلي به شرح مذکور در فوق تقبل نموده، متعهد و ملزم مي باشد که از عهده کليه ديون و قروضي که ممکن است متعهد به موسسه محل تحصیل یا موسسه وابسته به آن داشته و یا خسارتي که وارد نموده باشد از اموال خود برآيم، و در صورت تخلف متعهد اصلي از مفاد اين سند دانشگاه مذکور حق دارد بدون مراجعه به مراجع قضايي و بدون هيچگونه تشریفات و یا اعلام به دفتر خانه تنظيم کننده سند در مورد تخلف، از طريق صدور اجرائيه نسبت به استيفاي حقوق دولت اقدام نمايد.

تشخيص دانشگاه مزبور نسبت به وقوع تخلف از تعهدات و کیفیت و کمیت ارقام فوق و میزان هزینه هاي مصروفه و خسارات وارده قطعي و غير قابل اعتراض بوده و مورد پذیرش امضاء کنندگان اين سند مي باشد و موجب صدور اجرائيه از طريق دفتر خانه تنظيم کننده سند خواهد بود و متعهد و ضامن وي حق هرگونه اعتراض را از خود سلب نمودند و تعهد امضاء کنندگان در قبال دولت تضامني است ودانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتي درماني مي تواند بدون مراجعه به مراجع قضايي عليه هر يك از نامبردگان و یا در آن واحد عليه هر دوي آنان اجرائيه صادر و عمليات اجرائي ثبتي را به منظو وصول مطالبات دولت و خسارت تعقيب نمايد.

محل امضاء متعهد :

محل امضاء ضامن :