# «فرم اخذ تعهد از دستیاران آزاد»

اينجانب .......................................................................... فرزند .......................................................................... به شماره شناسنامه .......................................................................... صادره از....................................................................... متولد .......................................................................... دارای کد ملی شماره ..................................................................... به نشاني..........................................................................

کد پستی ....................... فارغ التحصیل مقطع عمومی رشته ......................... از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .................... که در آزمون پذیرش دستیار تخصصی مورخ ......................... در رشته تحصیلی تخصصی ................... در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .................. پذیرفته شده ام برابر مقررات و آیین نامه ها و دستورالعمل های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و قوانین و مقررات ثبت اسناد و آیین نامه اجرای مفاد اسناد رسمی و لازم الاجرا، متعهد و ملتزم میگردم:

1. 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.
2. منحصراً در رشته مقطع تحصیلی و دانشگاه تعیین شده ادامه تحصیل دهم و دوره تحصیلی معینه را در مدت معمول و برابر مقررات آن با موفقیت بگذرانم و بلافاصله پس از پایان دوره تحصیلی تخصصی، خود را به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معرفی کنم و بر اساس قوانین و مقررات مربوطه، مصوبات نشست های شورای آموزش پزشکی و تخصصی و دستورالعمل 9230 مصوب شورای معاونین وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سایر ضوابط مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی حداکثر تا دو برابر مدت تحصیل با توجه به ضریب منطقه تعیین شده، تعهد موضوعه را در محل آموزشی یا بهداشتی یا درمانی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین نماید، انجام دهم.
3. در صورتیکه به دلایل آموزشی، سیاسی و اخلاقی بجز در مواردی که به علت بیماری با تأیید شورای پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ............................. موفق به ادامه تحصیل نگردم و یا بعد از پایان دوره تخصصی به هر دلیلی از انجام تعهد فوق الذکر استنکاف نمایم و یا بلافاصله پس از پایان تحصیل، خود را به دانشگاه محل خدمت معرفی ننمایم و یا صلاحیت اشتغال به کار نداشته باشم و یا پس از شروع به کار به هر علتی از مؤسسه محل خدمت اخراج شوم و یا ترک خدمت کنم و به طور کلی چنانچه از هر یک از تعهداتی که طبق این قرارداد برعهده گرفته ام تخلف نمایم متعهد می گردم معادل دو برابر کلیه هزینه های مصروفه اعم از شهریه، حقوق و مزایای دریافتی، خرید کتاب و ... را به صورت یکجا و بدون هیچگونه قید و شرطی به صندوق دولت بپردازم. تشخیص وزارت مزبور راجع به وقوع تخلف، کیفیت و کمیت و میزان هزینه ها و خسارات قطعی و غیر قابل اعتراض و موجب صدور اجرائیه از طریق دفترخانه خواهد بود.
4. اعطای دانشنامه و فسخ سند تعهد، منوط به انجام تعهدات قانونی و قراردادی اینجانب می باشد و چنانچه به هر دلیل موفق به انجام تعهدات خود نگردم، دانشنامه تحصیلی و یا هرگونه گواهی فراغت از تحصیل و مدرک تحصیلی و ریز نمرات به اینجانب اعطا نخواهد گردید. همچنین تا اتمام تعهدات سند تعهد اینجانب فسخ نخواهد گردید در صورت عدم انجام تعهد، ملتزم به پرداخت وجه التزام مقرر در سند می باشم و وجه التزام مزبور بدل از خدمت نبوده و بدین جهت چنانچه به خدمت اینجانب در محل تعیین شده نیاز نباشد محل خدمت دیگری توسط وزارت بهداشت تعیین خواهد شد و ملزم به انجام مورد تعهد در محل تعیین شده بر اساس مندرجات این تعهدنامه می‌باشم.
5. وزارت بهداشت از طرف اینجانب در تعیین میزان و وصول خسارات وکیل، و در صورت فوت وصی است و تشخیص وزارت مذکور در تعیین هزینه های مذکور قطعی و غیر قابل اعتراض و موجب صدور اجرائیه از طرف دفترخانه و یا مراجع قضایی خواهد بود.
6. نشانی اقامتگاه اینجانب، نشانی مندرج در این سند می باشد و تمام ابلاغ های ارسالی به این محل، به منزله ابلاغ قانونی به اینجانب بوده و چنانچه نشانی خود را تغییر دهم فوراً مراتب را به دفترخانه تنظیم کننده سند، دانشگاه محل خدمت و همچنین به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اطلاع خواهم داد و الا ابلاغ کلیه اوراق و اخطاریه ها به محل تعیین شده در این سند قطعی و غیر قابل اعتراض از سوی اینجانب می‌باشد.

**بمنظور تضمین حسن اجرای تعهدات ناشی از این سند اینجانبان:**

آقای / خانم ..................... فرزند ............... به شماره شناسنامه .................. دارای کد ملی شماره ................... شغل .......... نشانی محل کار ............................................. کد پستی محل کار .............................. نشانی محل سکونت .................................... کد پستی محل سکونت .......................... و آقای / خانم ................... فرزند ................. به شماره شناسنامه .......................... دارای کد ملی شماره .............................. و شغل .......................... نشانی محل کار ............ کد پستی محل کار ...................... نشانی محل سکونت ...................................................... کد پستی محل سکونت ............................... به عنوان ضامنین اظهار می داریم با آگاهی کامل از تعهدات متعهد اصلی به شرح مندرج در فوق، مسئول اجرای تعهدات مالی متعهد اصلی می باشیم و اعلام می نماییم علاوه بر تعهداتی که متعهد اصلی به شرح مذکور در فوق برعهده گرفته است، متعهد و ملزم می باشیم که از عهده کلیه دیون و قروضی که متعهد اصلی به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی دارد و یا خساراتی که وارد نموده باشد از اموال خود برآییم و در صورت تخلف متعهد اصلی از مفاد این سند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حق دارند بدون مراجعه به مراجع قضایی و بدون هیچگونه تشریفات و با اعلام به دفترخانه تنظیم کننده سند در مورد تخلف از طریق صدور اجرائیه نسبت به استیفای حقوق دولت اقدام نماید.

تشخیص وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی 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 اینجانبان می باشد و موجب صدور اجرائیه از طریق دفترخانه تنظیم کنننده سند خواهد بود و متعهد و ضامنین وی حق هرگونه اعتراض را از خود سلب نمودند و تعهد اینجانبان در قبال دولت تضامنی است و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می تواند بدون مراجعه به مراجع قضایی علیه هریک از متعهد و ضامنین و یا در آن واحد علیه هرسه نفر اجرائیه صادر و عملیات اجرائی ثبتی را به منظور وصول مطالبات دولت و خسارات تعقیب نماید.

محل امضاء متعهد:

محل امضاء ضامن اول:

محل امضاء ضامن دوم: