

## «فرم اخذ تعهد از پذیرفته‌شدگان در آزمون دستیار فوق تخصصی (مخصوص مستخدمین دانشگاه‌های

### علوم پزشکی)»

نظر به اینکه مقرر گردیده، اینجانب ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه .....، صادره از ..... دارای کدملی ..... شماره ..... متولد ..... ساکن ..... کدپستی: ..... فارغ‌التحصیل مقطع ..... رشته ..... از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..... که در آزمون پذیرش دستیار فوق تخصصی مورخ ..... در رشته تحصیلی تخصصی ..... در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..... پذیرفته شده‌ام با هزینه دولت در مقطع و رشته یاد شده تحصیل نمایم، برابر مقررات قانونی و آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و قوانین و مقررات ثبت اسناد و آیین‌نامه اجرای مفاد اسناد رسمی و لازم‌الاجرا، و با آگاهی کامل از مقررات، در کمال صحت و با آزادی و اختیار کامل، متعهد و ملتزم می‌گردم:

۱. با رعایت کلیه مقررات مربوط به دوره آموزشی و دانشگاه محل تحصیل در رشته ..... تحصیل کرده و درجه فوق تخصصی را اخذ نمایم و در طول دوران تحصیل منحصراً در رشته، مقطع تحصیلی و دانشگاه تعیین شده ادامه تحصیل دهم و دوره تحصیلی معین شده را در مدت معمول و برابر مقررات آن با موفقیت بگذرانم.
۲. بلافاصله پس از فراغت از تحصیل در سقف زمانی مجاز، خود را به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..... معرفی کنم و بر اساس قوانین و مقررات مربوط، مصوبات نشست‌های شورای آموزش پزشکی و تخصصی و سایر ضوابط مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به میزان **دو برابر** مدت تحصیل، در هر محلی که دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..... تعیین کند، خدمت نمایم.
۳. در صورتیکه به دلایل آموزشی و اخلاقی موفق به اتمام تحصیل در مدت مقرر و مطابق ضوابط آموزشی نگردم و یا ادامه تحصیل انصراف دهم و یا بعد از پایان دوره فوق تخصصی به هر دلیل از انجام تعهد فوق‌الذکر استنکاف نمایم و یا بلافاصله پس از فراغت از تحصیل در سقف زمانی مجاز، خود را به دانشگاه علوم پزشکی ..... معرفی نکنم، یا جهت انجام خدمت به محل تعیین شده از سوی دانشگاه یاد شده مراجعه نکنم، و یا صلاحیت اشتغال به کار نداشته باشم و یا پس از شروع به کار به هر علتی از موسسه محل خدمت اخراج شوم و یا ترک خدمت کنم و به طور کلی چنانچه از هر یک از تعهداتی که طبق این قرارداد (و مقررات مربوط) برعهده گرفته‌ام تخلف نمایم، متعهد می‌شوم **دو برابر** کلیه هزینه‌های انجام شده از سوی وزارت بهداشت و دانشگاه محل تحصیل (از جمله هزینه‌های تحصیل، اسکان، حقوق و مزایای پرداختی، کمک هزینه تحصیلی و ...) و خسارات ناشی از عدم انجام خدمات مورد تعهد را به صورت یکجا و بدون هیچگونه قید و شرطی به وزارت بهداشت بپردازم. تشخیص وزارت مزبور راجع به وقوع تخلف، کیفیت و کمیت و میزان هزینه‌ها و خسارات، قطعی و غیرقابل اعتراض است و موجب صدور اجرائیه از طریق دفترخانه خواهد بود.

تبصره ۱: پرداخت خسارات مقرر در این بند، سبب معافیت اینجانب از انجام تعهد نمی‌شود و وزارت بهداشت می‌تواند علاوه بر دریافت وجه التزام یا خسارت، اجرای اصل تعهد و انجام خدمت در محل تعیین شده در سند (یا هر محل دیگری که بعداً تعیین شود) را مطالبه نماید.

۴. از آنجاکه اعطای دانشنامه و هر گونه مدرک تحصیلی، صرفاً با انجام تعهدات قانونی و قراردادی موضوع این سند امکان پذیر است، پرداخت خسارت موجب استحقاق اینجانب به مطالبه دانشنامه و سایر مدارک تحصیلی از جمله ریزنمرات نخواهد گردید و سند تعهد اینجانب کماکان به قوت خود باقی خواهد ماند.

۵. ضمن این سند شرط شد که وزارت بهداشت از طرف اینجانب در تشخیص تخلف از تعهدات فوق و تعیین میزان خسارت و وصول آن، وکیل است تا نسبت به احراز و اثبات تخلف از موارد فوق و تعیین میزان خسارت از طرف اینجانب با خود

توافق و مصالحه کند و در صورت توافق یا مصالحه هیچ ضرورتی به مراجعه به مقام قضائی یا مرجع دیگر جهت تعیین این موارد وجود نخواهد داشت. در هر حال تشخیص وزارت در تعیین هزینه‌های مذکور قطعی و موجب صدور اجرائیه از طرف دفترخانه و یا مراجع قضایی خواهد بود.

ع نشانی اقامتگاه اینجانب، نشانی مندرج در این سند می‌باشد، و تمام ابلاغ‌های 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، دانشگاه‌های محل تحصیل و محل خدمت و همچنین به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اطلاع خواهم داد، و الا ابلاغ کلیه اوراق و اخطاریه‌ها به محل تعیین شده در این سند قطعی از سوی اینجانب می‌باشد.

### به منظور تضمین حسن اجرای تعهدات ناشی از این سند اینجانبان :

آقای / خانم..... فرزند ..... به شماره شناسنامه ..... دارای کدملی شماره .....  
شغل ..... نشانی محل کار ..... کدپستی محل کار .....  
نشانی محل سکونت ..... کدپستی محل سکونت .....

و

آقای / خانم ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه ..... دارای کدملی  
شماره ..... شغل ..... نشانی محل کار .....  
کدپستی محل کار ..... نشانی محل سکونت ..... کدپستی  
محل سکونت ..... و

با آگاهی کامل از تعهدات دانشجو، ضمن این سند و بر مبنای ماده ۱۰ قانون مدنی متعهد می شویم که تعهدات فوق الذکر دانشجو، تعهد اینجانبان بوده و ملتزم می شویم، چنانچه دانشجوی مذکور، به تعهدات خود به شرح فوق‌الذکر عمل نکند و از هر یک از تعهدات فوق تخلف کند و منظور وزارت بهداشت، عملی نشود، نقض تعهد دانشجو به منزله نقض تعهد اینجانبان بوده و وزارت بهداشت، حق دارد، بدون هیچ‌گونه تشریفات، به صرف اعلام به دفترخانه، در مورد تخلف از هر یک از تعهدات فوق، از طریق صدور اجرائیه دو برابر هزینه‌های انجام شده بابت دانشجو (به شرح فوق) به علاوه کلیه خسارات وارده را، از اموال اینجانبان راساً استیفا کند و وزارت بهداشت را وکیل خود در زمان حیات و وصی در زمان ممات قرار دادیم تا نسبت به احراز تخلف از هر یک از تعهدات فوق و تعیین میزان هزینه‌ها و خسارات و مطالبات از طرف اینجانبان با خود مصالحه نماید و با انجام مصالحه هیچ ضرورتی جهت مراجعه به مقام قضائی یا مرجع دیگر برای تعیین این موارد وجود نخواهد داشت و تعیین و تشخیص وزارت مذکور قطعی و غیر قابل اعتراض و موجب صدور اجرائیه خواهد بود. وزارت مذکور مجاز است مطالبات خود را از محل حقوق یا هر محل دیگری از اموال و دارایی‌های اینجانبان وصول کند و اینجانبان متضامناً در برابر وزارت مذکور متعهد به انجام تعهدات فوق و جبران خسارت و پرداخت مطالبات فوق هستیم.

تبصره: تعهد و مسوولیت ضامنان با یکدیگر و با متعهد سند نسبت به انجام تعهدات و پرداخت خسارات مندرج در این سند تضامنی است و وزارت بهداشت می تواند برای دریافت تمام یا بخشی از خسارت مستقیماً علیه هر یک از متعهد و ضامنین و یا در آن واحد علیه تمامی آنها اجرائیه صادر و عملیات اجرائی ثبتی را به منظور وصول مطالبات دولت و خسارات تعقیب نموده و یا نسبت به طرح دعوا اقدام نماید. این قرارداد بر مبنای ماده ۱۰ قانون مدنی بین طرفین قرارداد منعقد شده و بین طرفین لازم‌الاتباع است.

محل امضاء طرف قرارداد:

محل امضاء ضامنین:

محل امضاء نماینده وزارت بهداشت / نماینده دانشگاه علوم پزشکی (به نیابت):