**فرمت سند تعهد موضوع آیین نامه اجرایی ماده واحده افزایش ظرفیت پزشکی در دکتری عمومی پزشکی/دندانپزشکی مصوب جلسه 30 مورخ 26/04/1401 شورای سنجش و پذیرش دانشجو**

اينجانب ..................... فرزند ............. به شماره شناسنامه ................، صادره از ........... داراي كدملي شماره .................. متولد ................ ساكن ................................................................. كدپستي: .............................. كه در آزمون مورخ ................................. با استفاده از سهميه موضوع آیین نامه اجرایی ماده واحده افزایش ظرفیت پزشکی در مقطع عمومی مصوب جلسه 30 مورخ 26/04/1401 شورای سنجش و پذیرش دانشجو در مقطع ...................... رشته تحصيلي............................ در دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني .................................... پذيرفته شده‌ام، برابر مقررات و آيين‌نامه‌ها و دستورالعمل‌هاي وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي و قوانين و مقررات ثبت اسناد و آيين‌نامه اجراي مفاد اسناد رسمي و لازم‌الاجرا، متعهد و ملتزم هستم:

1. با رعايت كليه مقررات مربوط به دوره آموزشي و دانشگاه محل تحصيل در رشته ......................... تحصيل كرده و درجه ........................... را اخذ نمايم و در طول دوران تحصيل منحصراً در رشته، مقطع تحصيلي و دانشگاه تعيين شده ادامه تحصيل دهم و دوره تحصيلي معين شده را در مدت معمول و برابر مقررات آن با موفقيت به اتمام برسانم
2. بلافاصله پس از فراغت از تحصيل، خود را به وزارت بهداشت معرفي كنم و بر اساس موضوع آیین نامه اجرایی ماده واحده افزایش ظرفیت پزشکی در مقطع عمومی مصوب جلسه 30 مورخ 26/04/1401 شورای سنجش و پذیرش دانشجو، به میزان **یک و نیم برابر** مدت تحصیل، در مناطق محروم و کم برخوردار مورد نظر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.................... و در صورت عدم نیاز دانشگاه یاد شده در هر محلی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تعیین کند، خدمت نمایم.

تبصره1: با عنايت به اينكه اينجانب از قوانين و مقررات مربوطه دائر بر ممنوعيت خريد و جابه‌جايي تعهدات موضوع اين سند مطلع مي‌باشم‌، با علم و آگاهي كامل از اين موضوع، در محل تعيين شده ‌خدمت خواهم نمود و در خلال انجام تعهد، اجازه فعاليت پزشكي در محل ديگري غير از محل تعيين شده براي انجام تعهد نخواهم داشت.

تبصره 2 : مستند به تبصره‌ی 1-6 موضوع آیین نامه اجرایی ماده واحده افزایش ظرفیت پزشکی در مقطع عمومی مصوب جلسه 30 مورخ 26/04/1401 شورای سنجش و پذیرش دانشجو اینجانب مجاز به ادامه تحصیل تا قبل از گذراندن نیمی از دوران تعهد نمی باشم. در صورت ادامه تحصیل دانش آموختگان این سهمیه در مقطع تخصص، بخش باقیمانده از دوره تعهد خدمت باید پس از اتمام مقطع تخصص در محل خدمت دوره تعهد، انجام پذیرد. مدت تحصیل در دوره تخصص جزء مدت تعهد حدمت محسوب نخواهد شد.

1. در صورتيکه به دلايل آموزشي، سياسي، و اخلاقي و غيره، موفق به اتمام تحصيل در مدت مقرر و مطابق ضوابط آموزشي نگردم و يا از ادامه تحصيل انصراف دهم و يا بعد از پايان دوره ................... به هر دليل از انجام تعهد فوق‌الذكر استنكاف نمايم و يا بلافاصله پس از فراغت از تحصيل در سقف زماني مجاز، خود را معرفي نكنم، يا جهت انجام خدمت به محل تعيين شده از سوي دانشگاه یاد شده یا وزارت بهداشت مراجعه نكنم، و يا صلاحيت اشتغال به كار نداشته باشم و يا پس از شروع به كار به هر علتي از موسسه محل خدمت اخراج شوم و يا ترك خدمت كنم و به طور كلي چنانچه از هر يك از تعهداتي كه طبق اين قرارداد (و مقررات مربوط) برعهده گرفته‌ام تخلف نمايم، متعهد مي‌شوم **دو برابر** كليه هزينه‌هاي انجام شده از سوي وزارت بهداشت و دانشگاه محل تحصيل (از جمله هزينه‌هاي تحصيل، اسكان، حقوق و مزاياي پرداختي، ‌كمك هزينه تحصيلي و ...) و خسارات ناشي از عدم انجام خدمات مورد تعهد را به صورت يكجا و بدون هيچگونه قيد و شرطي به وزارت بهداشت بپردازم. تشخيص وزارت مزبور راجع به وقوع تخلف، كيفيت و كميت و ميزان هزينه‌ها و خسارات،‌ قطعي و غيرقابل اعتراض است و موجب صدور اجرائيه از طريق دفترخانه خواهد بود.

تبصره 1: پرداخت خسارات مقرر در اين بند، سبب معافيت اينجانب از انجام تعهد نمي‌شود و وزارت بهداشت علاوه بر دريافت وجه التزام يا خسارت، اجراي اصل تعهد و انجام خدمت در محل تعيين شده در سند (يا هر محل ديگري كه بعداً تعيين شود) را مطالبه خواهد نمود.

1. از آنجاكه اعطاي دانشنامه و هر گونه مدرك تحصيلي، صرفاً با انجام تعهدات قانوني و قراردادي موضوع اين سند امكان‌پذير است، پرداخت خسارت موجب استحقاق اينجانب به مطالبه دانشنامه و ساير مدارك تحصيلي از جمله ريزنمرات نخواهد گرديد و سند تعهد اينجانب كماكان به قوت خود باقي خواهد ماند.
2. ضمن این سند شرط شد که وزارت بهداشت از طرف اینجانب وکیل است در صورت نقض هر یک از تعهدات موضوع این سند، در اجرای ماده 18 دستورالعمل ساماندهی و تسریع در اجرای احکام مدنی و ماده 19 قانون نحوه اجرای محکومیت‌های مالی نسبت به ممنوع‌الخدمات نمودن و انسداد حساب­ها و بازداشت اموال و دارایی اینجانب اقدام و طلب خود را از محل‌های مزبور وصول نماید. اقدامات وزارت بهداشت در این جهت قطعی و غیر قابل اعتراض خواهد بود.
3. طرف تعهد در اين سند ، وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشكي است . بنابراين موافقت دانشگاه با خريد تعهد يا استعفاي اينجانب در قبال پرداخت خسارت موجب برائت اينجانب از انجام تعهدات مندرج در اين سند نخواهد بود و وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشكي ، همواره حق دارد انجام اصل تعهد در محل تعيين شده در سند و يا در هر محل ديگري را كه صلاح مي داند از اينجانب مطالبه نمايد.
4. ضمن این سند شرط شد كه وزارت بهداشت از طرف اينجانب در تشخيص تخلف از تعهدات فوق و تعيين ميزان خسارت و وصول آن، وكيل،‌ و در صورت فوت‌، ‌وصي است تا نسبت به احراز و اثبات تخلف از موارد فوق و تعيين ميزان خسارت از طرف اينجانب با خود توافق و مصالحه كند و در صورت توافق يا مصالحه هيچ ضرورتي به مراجعه به مقام قضائي يا مرجع ديگر جهت تعيين اين موارد وجود نخواهد داشت. در هر حال تشخيص وزارت مزبور در تعيين هزينه‌هاي مذكور قطعي و غير قابل اعتراض و موجب صدور اجرائيه از طرف دفترخانه و يا مراجع قضايي خواهد بود.
5. نشاني اقامتگاه اينجانب، ‌نشاني مندرج در اين سند مي‌باشد ‌و تمام ابلاغ‌هاي ارسالي به اين محل، به منزله ابلاغ قانوني به اينجانب بوده ‌و چنانچه نشاني خود را تغيير دهم فوراً مراتب را به دفترخانه تنظيم كننده سند، دانشگاه‌هاي محل تحصيل و محل خدمت اطلاع خواهم داد، و الا ابلاغ كليه اوراق و اخطاريه‌ها به محل تعيين شده در اين سند ‌قطعي و غير قابل اعتراض از سوي اينجانب مي‌باشد.

**به منظور تضمين حسن اجراي تعهدات ناشي از اين سند اينجانبان :**

آقاي/ خانم....................... فرزند ......................... به شماره شناسنامه ......................... داراي كدملي شماره ......................... شغل ......................... نشاني محل كار ................................................................................. كدپستي محل كار ................... نشاني محل سكونت ............................................................................ كدپستي محل سكونت.........................

آقاي / خانم....................... فرزند ......................... به شماره شناسنامه ......................... داراي كدملي شماره ......................... شغل ......................... نشاني محل كار ................................................................................. كدپستي محل كار ................... نشاني محل سكونت ............................................................................. كدپستي محل سكونت.........................

با آگاهي كامل از تعهدات دانشجو، ضمن این سند و بر مبناي ماده 10 قانون مدني متعهد مي‌شويم كه تعهدات فوق‌الذكر دانشجو، تعهد اينجانبان بوده و ملتزم مي‌شويم، چنانچه دانشجوي مذكور، به تعهدات خود به شرح فوق‌الذكر عمل نكند و از هر يك از تعهدات فوق تخلف كند و منظور وزارت بهداشت ...................، عملي نشود، نقض تعهد دانشجو به منزله نقض تعهد اينجانبان بوده و وزارت ياد شده، حق دارد، بدون هيچگونه تشريفات، به صرف اعلام به دفترخانه، در مورد تخلف از هر يك از تعهدات فوق، از طريق صدور اجرائيه **دو** **برابر** هزينه‌هاي انجام شده بابت دانشجو (به شرح فوق) به علاوه كليه خسارات وارده را، از اموال اينجانبان راساً استيفا كند و وزارت مزبور را وكيل خود در زمان حيات و وصي در زمان ممات قرار داديم تا نسبت به احراز تخلف از هر يك از تعهدات فوق و تعيين ميزان هزينه‌ها و خسارات و مطالبات از طرف اينجانبان با خود مصالحه نمايد و با انجام مصالحه هيچ ضرورتي جهت مراجعه به مقام قضائي يا مرجع ديگر براي تعيين اين موارد وجود نخواهد داشت و تعيين و تشخيص وزارت مذكور قطعي و غير قابل اعتراض و موجب صدور اجرائيه خواهد بود. وزارت مذكور مجاز است مطالبات خود را از محل حقوق و مزاياي دريافتي و يا هر محل ديگري از اموال و دارايي‌هاي اينجانبان وصول كند و اينجانبان متضامناً در برابر وزارت ياد شده متعهد به انجام تعهدات فوق و جبران خسارت و پرداخت مطالبات فوق هستيم.

تبصره: تعهد و مسووليت ضامنين با متعهد سند نسبت به انجام تعهدات و پرداخت خسارات مندرج در اين سند تضامني است و وزارت بهداشت مي‌تواند براي دريافت تمام يا بخشي از خسارت مستقيماً عليه هر يك از متعهد و ضامنين و يا در آن واحد عليه تمامي آنها اجرائيه صادر و عمليات اجرائي ثبتي را به منظور وصول مطالبات دولت و خسارات تعقيب نموده و يا نسبت به طرح دعوا اقدام نمايد. اين قرارداد بر مبناي ماده 10 قانون مدني بين طرفين قرارداد منعقد شده و بين طرفين لازم‌الاتباع است .

**محل امضاء متعهد**

**محل امضاء ضامنین**

**محل امضا وزارت بهداشت / نماينده دانشگاه علوم پزشكي (به نیابت)**