٨

»ﻓﺮﻣﺖ ﺳﻨﺪ ﺗﻌﻬﺪبه همﺮاه ﺳفتهپذيﺮﻓتهﺷﺪگان در آزﻣون دﺳتيار ﻓوق ﺗخصصي )ﻣخصوص اعضاي هيأت

علمي(«

نظر به اينكه مقرر گرديده، اينجانب ........................ فرزند ............. بهشماره شناسنامه ................،صادره از ........... داراي كدملي

........................................................................ ساكن ................ متولد .................. شماره...............

كدپستي: ................................فارغالتحصيل مقطع ................ رشته .............................. از دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي

كه در آزمون پذيرش دستيار فوق تخصصي ............................. درمانيمورخ ................................. در رشته تحصيلي

تخصصي ............................ در دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني .................................... پذيرفتهشدهام با هزينه

دولت در مقطع و رشته ياد شده تحصيل نمايم،برابر مقررات قانونيو آييننامهها و دستورالعملهاي وزارت بهداشت، درمان و

آموزش پزشكي و قوانين و مقررات ثبت اسناد و آييننامه اجراي مفاد اسناد رسمي و ﻻزماﻻجرا، و با آگاهي كامل از مقررات، در

كمال صحت و باآزادي و اختيار كامل، متعهد و ملتزم ميگردم:

١.با رعايت كليه مقررات مربوطه به دوره آموزشي و دانشگاه محل تحصيل در رشته ......................... تحصيل كرده و

درجه فوق تخصصي را اخذ نمايم و در طول دوران تحصيل منحصرا ً در رشته، مقطع تحصيلي و دانشگاه تعيين شده

ادامه تحصيل دهم و دوره تحصيلي معين شده را در مدتمعمول و برابر مقررات آن با موفقيت بگذرانم.

٢.بﻼفاصله پس از فراغت از تحصيل در سقف زماني مجاز، خود را به دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي

درماني ................ معرفي كنم و بر اساس قوانين و مقررات مربوط، مصوبات نشستهاي شوراي آموزش پزشكي و

تخصصي و ساير ضوابط مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكي به ميزانسه برابرمدت تحصيل، در هر

محلي كه دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ..............................، تعيين كند، خدمت نمايم.

٣.در صورتيكه به دﻻيل آموزشيو اخﻼقيموفﻖبه اتمام تحصيل در مدت مقرر و مطابﻖ ضوابط آموزشي نگردم و يا

از ادامه تحصيل انصراف دهم و يا بعد از پايان دوره فوق تخصصي به هر دليل ازانجام تعهد فوقالذكر استنكاف نمايم

و يا بﻼفاصله پس از فراغت از تحصيل در سقف زماني مجاز، خود را به دانشگاه علوم پزشكي .....................، معرفي

نكنم، يا جهت انجام خدمت به محل تعيين شده از سوي دانشگاه يادشدهمراجعه 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 يكاز تعهداتي كه طبﻖ اين قرارداد )و مقررات مربوط( برعهده گرفتهام تخلف نمايم، متعهد

ميشومسه برابركليه 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 بدونهيچگونه 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.

تبصره١: پرداخت خسارات مقرر در اين بند، سبب معافيت اينجانب از انجام تعهد نميشود و وزارت بهداشت ميتواند

عﻼوه بر دريافت وجه التزام يا خسارت، اجراي اصل تعهد و انجام خدمت در محل تعيين شده در سند )يا هر محل

ديگري كه بعدا ً تعيين شود( را مطالبه نمايد.

تبصره٢: پرداخت خسارت موجب استحقاق فرد به مطالبه دانشنامهو ساير مدارك تحصيلي از جمله ريزنمرات

نخواهد گرديد و ارائه مدارك ياد شده صرفا ً پس از انجام تعهدات قانوني و قراردادي موضوع اين سند

امكانپذير است.

٩

۴.از آنجاكه اعطاي دانشنامه و هر گونه مدرك تحصيلي، صرفا ً با انجام تعهدات قانوني و قراردادي موضوع اين سند امكان

پذير 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.

۵.ضمناين سندشرط شد كهوزارت بهداشت از طرف اينجانب درتشخيص تخلف از تعهدات فوق و تعيين ميزانخسارت

و وصول آن، وكيلاست 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 در تعيين هزينههاي مذكور قطعي و غير قابل اعتراض و

موجب صدور اجرائيه از طرف دفترخانه و يا مراجع قضايي خواهد بود.

۶.نشاني اقامتگاه اينجانب،نشاني مندرج در اين سند ميباشد،و تمام ابﻼغهاي ارسالي به اين محل، به منزله ابﻼغ قانوني

به اينجانب بودهوچنانچه نشاني خود را تغيير دهم فورا ً مراتب را به دفترخانه تنظيم كننده سند، دانشگاههايمحل

تحصيل و محل خدمت و همچنين به وزارت بهداشت،درمان و آموزش پزشكي اطﻼع خواهم داد، و اﻻ ابﻼغ كليه

اوراق و اخطاريهها به محل تعيين شده در اين سندقطعي از سوي اينجانب ميباشد.

همچنين مطابﻖ ضوابط و مقررات و به منظور تضمين حسن اجراي تعهدات ناشي از اين سند در اجراي ماده٢٦٧

قانون مدني وجه التزام ناشي از اين سند را طي ......... فقره سفته به شماره هاي ............... مورخ ................به عنوان

ديون متعهد اصلي پذيرفته و با آگاهي كامل از تعهدات دانشجو، ضمن اين سند و بر مبناي ماده١٠قانون مدني

متعهد شدند كه تعهدات فوق الذكر دانشجو، تعهدشان بوده و ملتزم شدند، چنانچه دانشجوي مذكور، به تعهدات خود

به شرح فوقالذكر عمل نكندو از هر يك از تعهدات فوقتخلف كند و منظور وزارت بهداشت، عملي نشود،نقﺾ

تعهد دانشجو به منزله نقﺾ تعهد اينجانبان بوده و وزارت بهداشت، حﻖ دارد، بدون هيچ گونه تشريفات، به صرف

اعﻼم به دفترخانه، در مورد تخلف از هر يك از تعهدات فوق، از طريﻖ صدور اجرائيه سه برابر هزينههاي انجامشده

بابت دانشجو )به شرح فوق( به عﻼوه كليه خسارات وارده را، از اموال اينجانبان راسا ً استيفا كند و وزارت بهداشت 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 ياهر محل ديگري از اموال و داراييهاياينجانبان وصول كند و اينجانبدر برابر وزارت مذكور متعهد به انجام

تعهدات فوق و جبرانخسارت و پرداخت مطالبات فوق هستم.اين قرارداد بر مبناي ماده١٠قانون مدني بين طرفين

قرارداد منعقد شده و بين طرفين ﻻزماﻻتباع است.

محل امضاءمﺘﻌﻬﺪ: