۴

»ﻓﺮﻣﺖ ﺳﻨﺪ ﺗﻌﻬﺪبه همﺮاه ﺳفتهپذيﺮﻓته شﺪگان آزاد آزﻣون دﺳتيار ﻓوق ﺗخصصي«

نظر به اينكه مقرر گرديدهاينجانب ........................ فرزند ............. به ،شماره شناسنامه ................، صادره از ........... داراي كدملي

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

كدپستيفارغ التحصيل مقطع ................ رشته .............................. از دانشگاه علوم پزشك................................ :ي و خدمات

كه در آزمون پذيرش دستيار فوق تخصصي مورخ ................................. ............................. بهداشتي درمانيدر رشته تحصيلي

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

دولت در مقطع و رشته ياد شده تحصيل نمايم،برابر مقررات قانوني و 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 مدت معمول و برابر مقررات آن با موفقيت بگذرانم.

٢.بﻼفاصله پس از فراغت از تحصيل در سقف زماني مجاز، خود را به وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشكي 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 ميزانيكبرابرمدت تحصيلدر هر محلي كه وزارت بهداشت،

درمان و آموزش پزشكي، 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 از انجام تعهد فوقالذكر استنكاف نمايم

و يا بﻼفاصله پس از فراغت از تحصيل در سقف زماني مجاز، خود را به وزارت بهداشت، معرفي نكنم، يا جهت انجام

خدمت به محل تعيين شده از سوي وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي مراجعه نكنم، و يا صﻼحيت اشتغال به

كار نداشته باشم و يا پس از شروع بهكار 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 )ومقررات مربوط( برعهده گرفتهام تخلف نمايم، متعهد

ميشومدو 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 بدون هيچگونه قيدو 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 )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.

۵

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 ميزان خسارت

و وصول آن، وكيلاستتا 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 ابﻼغهايارسالي به اين محل، به منزله ابﻼغ قانوني

به اينجانب بوده،و چنانچه نشاني خود را تغيير دهم فورا ً مراتب را به دفترخانه تنظيم كننده سند، دانشگاه 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 فوق تخلف كند و منظور وزارت بهداشت، عملي نشود، نقﺾ

تعهد دانشجو به منزله نقﺾ تعهد اينجانبان بوده و وزارت بهداشت، 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 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 استمطالبات خود را از محل

حقوق يا هر محل ديگري از اموال و داراييهايوصول كند و اينجانبدر برابر وزارت مذكور متعهد به انجام تعهدات

فوق و جبرانخسارت و پرداخت مطالباتفوقهستم.اين قرارداد بر مبناي ماده١٠قانون مدني بين طرفين قرارداد

منعقد شده و بين طرفين ﻻزماﻻتباع است.

محل امضاءمﺘﻌﻬﺪ: