۶

»ﻓﺮﻣﺖ ﺳﻨﺪ ﺗﻌﻬﺪبه همﺮاه ﺳفتهپذيﺮﻓتهشﺪگانآزﻣون دﺳتيار ﻓوق ﺗخصصي )ﻣخصوص ﻣستخﺪﻣين

دانشگاههاي علوم پزشكي(«

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

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

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

كه در آزمون پذيرش ............................. درمانيدستيار فوق تخصصي مورخ ................................. 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 قانوني و آييننامهها و دستورالعملهاي وزارت بهداشت، درمان و

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

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

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

درجه فوقتخصصي 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 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 ميزاندو برابرمدت تحصيل، در هر

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

٣.در صورتيكه به دﻻيل آموزشيو اخﻼقيموفق به 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 دانشگاه علوم پزشكي .....................، معرفي

نكنم، يا جهت انجام خدمت به محل تعيين شده از سوي دانشگاه ياد شده 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 خدمتكنم و به طور

كلي چنانچه از هر يك از تعهداتي كه طبق اين قرارداد )و مقررات 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 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.

٧

۴.از آنجاكه اعطاي دانشنامه و هر گونه مدرك تحصيلي، صرفا ً با انجام تعهدات قانونيو 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.

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

و وصول آن، وكيلاست 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 در تعيين هزينههاي مذكور قطعيو 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 بودهو چنانچه نشاني خود را تغيير دهم فورا ً مراتب را به دفترخانه تنظيم كننده سند، دانشگاههاي محل

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 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 است مطالبات خود را از محل

حقوق يا هر محل ديگري از اموال و داراييهاي اينجانبوصول كند ودر برابر وزارت مذكور متعهد به انجام تعهدات

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

شده و بين طرفين ﻻزماﻻتباع است.

محل امضاءمﺘﻌﻬﺪ: