**فرم اخذ تعهد از پذيرفته شدگان در آزمون دستيار فوق تخصصي ( مخصوص مستخدمين دانشگاه هاي علوم پزشكي ) »**

نظر به اينكه مقرر گرديده ، اينجانب ........................ فرزند ............. به شماره شناسنامه ................ ، صادره از ........... داراي كد ملي شماره .................. متولد ................ ساكن ....................................................................................... كد پستي : ................................فارغ التحصيل مقطع ................ رشته .............................. از دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ............................. كه در آزمون پذيرش دستيار فوق تخصصي مورخ ................................. در 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 آيين نامه ها و دستورالعمل هاي وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشكي و قوانين و مقررات ثبت اسناد و آيين نامه اجراي مفاد اسناد رسمي و لازم الاجرا ، و با آگاهي كامل از مقررات ، در كمال صحت و با‌ آزادي و اختيار كامل ، ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملتزم مي‌گردم :

1. با رعايت كليه مقررات مربوط به دوره آموزشي و دانشگاه محل تحصيل در رشته ......................... تحصيل كرده و درجه فوق تخصصي 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 بگذرانم .
2. 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 نشست هاي شوراي آموزش پزشكي و تخصصي و ساير ضوابط مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكي به ميزان **دو برابر** مدت تحصيل، در هر محلي كه دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني .............................. ، تعيين كند ، خدمت نمايم .
3. 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 فوق تخصصي به هر دليل از انجام تعهد فوق الذكر 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 خدمت كنم و به طور كلي چنانچه از هر يك از تعهداتي كه طبق اين قرارداد ( و مقررات مربوط ) برعهده گرفته ام تخلف نمايم ، متعهد مي شوم **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 نمي شود و وزارت بهداشت مي تواند 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 نمايد.

1. از آنجاكه اعطاي دانشنامه و هر گونه مدرك تحصيلي ، صرفاً 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 .
2. 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.
3. ضمن عقد خارج لازم 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 در تعيين هزينه‌هاي مذكور قطعي و غير قابل اعتراض و موجب صدور اجرائيه از طرف دفترخانه و يا مراجع قضايي خواهد بود .
4. نشاني اقامتگاه اينجانب ، ‌نشاني مندرج در اين سند مي باشد ،‌و تمام ابلاغ هاي 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 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 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......................... و

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

با آگاهي كامل از تعهدات دانشجو ، ضمن عقد خارج لازم و بر مبناي ماده 10 قانون مدني متعهد مي‌شويم كه تعهدات فوق الذكر دانشجو ، تعهد اينجانبان بوده و ملتزم مي‌شويم ، چنانچه دانشجوي مذكور ، به تعهدات خود به شرح فوق الذكر 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 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 **دو** **برابر** هزينه‌هاي انجام شده بابت دانشجو ( به شرح فوق ) به علاوه كليه خسارات وارده را ، از اموال اينجانبان راساً استيفا كند و ضمن عقد خارج لازم ، 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 دارايي هاي اينجانبان وصول كند و اينجانبان متضامناً در برابر وزارت مذكور متعهد به انجام تعهدات فوق و جبران خسارت و پرداخت مطالبات فوق هستيم .

تبصره : تعهد و مسئوليت ضامنان با يكديگر و با متعهد سند نسبت به انجام تعهدات و پرداخت خسارات مندرج در اين سند تضامني است و وزارت بهداشت مي تواند 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 لازم الاتباع است .

**محل امضاء طرف قرارداد :**

**محل امضاء ضامنین :**

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