

**« فرم اخذ تعهد از پذیرفته شدگان در آزمون دستیار فوق تخصصی ( ریه، خون و سرطان بالغین، نفرولوژی، مراقبت های ویژه، روماتولوژی کودکان، قلب کودکان، کلیه کودکان، روانپزشکی کودک و نوجوان، جراحی کودکان، جراحی عروق و جراحی قفسه صدری) »**

نظر به اینکه، اینجانب ..... فرزند ..... دارای شماره شناسنامه ..... صادره از ..... متولد ..... کد ملی ..... به نشانی ..... کدپستی ..... شماره تلفن ثابت ..... شماره تلفن همراه ..... فارغ التحصیل مقطع ..... رشته ..... از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..... که در آزمون پذیرش دستیار فوق تخصصی مورخ ..... در رشته تحصیلی تخصصی ..... در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..... پذیرفته شده ام و مقرر گردیده با هزینه دولت در مقطع و رشته یاد شده تحصیل نمایم، برابر مقررات قانونی و آیین نامه ها و دستورالعملهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و قوانین و مقررات ثبت اسناد و آیین نامه اجرای مفاد اسناد رسمی و لازم الاجرا، و با آگاهی کامل از مقررات، در کمال صحت و با آزادی و اختیار کامل، ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملتزم می گردم:

۱- با رعایت کلیه مقررات مربوط به دوره آموزشی و دانشگاه محل تحصیل، در رشته فوق تخصصی ..... تحصیل کرده و درجه فوق تخصصی را اخذ نمایم و در طول دوران تحصیل، منحصراً در رشته، مقطع تحصیلی و دانشگاه تعیین شده، ادامه تحصیل دهم و دوره تحصیلی معین شده را در مدت معمول و برابر مقررات آن با موفقیت بگذرانم.

۲- بلافاصله پس از فراغت از تحصیل در سقف زمانی مجاز، خود را به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معرفی کنم و بر اساس قوانین و مقررات مربوط، مصوبات نشست های شورای آموزش پزشکی و تخصصی و سایر ضوابط مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، به میزان **یک برابر مدت تحصیل**، در هر محلی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین کند، خدمت نمایم. **تبصره:** تعیین محل انجام تعهد به عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد.

۳- در صورتیکه به دلایل آموزشی، سیاسی و اخلاقی و غیره، موفق به اتمام تحصیل در مدت مقرر و مطابق ضوابط آموزشی نگردم و یا از ادامه تحصیل انصراف دهم و یا بعد از پایان دوره فوق تخصصی، به هر دلیل از انجام تعهد فوق الذکر استنکاف نمایم و یا بلافاصله پس از فراغت از تحصیل در سقف زمانی مجاز، خود را به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معرفی نکنم، یا جهت انجام خدمت، به محل تعیین شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مراجعه نکنم و یا صلاحیت اشتغال به کار نداشته باشم و یا پس از شروع به کار، به هر علتی از مؤسسه محل خدمت اخراج شوم و یا ترک خدمت کنم و به طور کلی چنانچه از هر یک از تعهداتی که طبق این قرارداد (و مقررات مربوط) بر عهده گرفته ام تخلف نمایم، متعهد می شوم **دو برابر کلیه هزینه های انجام شده از سوی وزارت بهداشت و دانشگاه محل تحصیل** (از جمله هزینه های تحصیل، اسکان، حقوق و مزایای دریافتی، کمک هزینه تحصیلی و ...) و خسارات ناشی از عدم انجام خدمات مورد تعهد را به صورت یکجا و بدون هیچگونه قید و شرطی به وزارت بهداشت بپردازم. تشخیص وزارت مزبور راجع به وقوع تخلف، کیفیت و کمیت و میزان هزینه ها و خسارات قطعی و غیر قابل اعتراض است و موجب صدور اجرائیه از طریق دفترخانه خواهد بود.

**تبصره ۱:** پرداخت خسارات مقرر در این بند، سبب معافیت اینجانب از انجام تعهد نمی شود و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می تواند علاوه بر دریافت وجه التزام یا خسارت، اجرای اصل تعهد و انجام خدمت در محل تعیین شده در سند (یا هر محل دیگری که بعداً تعیین شود) را مطالبه نماید.

۴- از آنجائیکه اعطاء دانشنامه و هرگونه مدرک تحصیلی، صرفاً با انجام تعهدات قانونی و قراردادی موضوع این سند امکان پذیر است، پرداخت خسارت، موجب استحقاق اینجانب به مطالبه دانشنامه و سایر مدارک تحصیلی از جمله ریز نمرات نخواهد گردید و سند تعهد اینجانب کماکان به قوت خود باقی خواهد ماند.

۵- طرف تعهد در این سند، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است، بنابراین موافقت دانشگاه با خرید تعهد یا استعفای اینجانب در قبال پرداخت خسارت، موجب برائت اینجانب از انجام تعهدات مندرج در این سند نخواهد بود و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی همواره حق دارد انجام اصل تعهد در محل تعیین شده در سند و یا در هر محل دیگری که صلاح می داند، از اینجانب مطالبه نماید.

۶- ضمن عقد خارج لازم شرط شد که وزارت بهداشت از طرف اینجانب در تشخیص تخلف از تعهدات فوق و تعیین میزان خسارت و وصول آن، وکیل و در صورت فوت، وصی است، تا نسبت به احراز و اثبات تخلف از موارد فوق و تعیین میزان خسارت از طرف اینجانب با خود توافق و مصالحه کند و در صورت توافق یا مصالحه، هیچ ضرورتی به مراجعه به مقام قضائی یا مرجع دیگر جهت تعیین این موارد وجود نخواهد داشت. در هر حال تشخیص وزارت در تعیین هزینه های مذکور، قطعی و غیر قابل اعتراض و موجب صدور اجرائیه از طرف دفترخانه و یا مراجع قضائی خواهد بود.

۷- نشانی اقامتگاه اینجانب، نشانی مندرج در این سند می باشد و تمام ابلاغ های ارسالی به این محل، به منزله ابلاغ قانونی به اینجانب بوده و چنانچه نشانی خود را تغییر دهم، فوراً مراتب را به دفترخانه تنظیم کننده سند، دانشگاه محل خدمت و همچنین وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اطلاع خواهم داد. در غیر اینصورت ابلاغ کلیه اوراق و اخطاریه ها به محل تعیین شده در این سند، قطعی و غیر قابل اعتراض از سوی اینجانب می باشد.

### به منظور تضمین حسن اجرای تعهدات ناشی از این سند اینجانبان:

آقای / خانم ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه ..... دارای کد ملی شماره .....  
شغل ..... نشانی محل کار ..... کد پستی محل کار .....  
نشانی محل سکونت ..... کد پستی محل سکونت .....  
شماره تلفن ثابت ..... شماره تلفن همراه ..... و آقای / خانم ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه .....  
دارای کد ملی شماره ..... شغل ..... نشانی محل کار .....  
کد پستی محل کار ..... نشانی محل سکونت .....  
کد پستی محل سکونت ..... شماره تلفن ثابت ..... شماره تلفن همراه .....

با آگاهی کامل از تعهدات دانشجو، ضمن عقد خارج لازم و بر مبنای ماده ۱۰ قانون مدنی، متعهد می شویم که تعهدات فوق الذکر دانشجو، تعهد اینجانبان بوده و ملتزم می شویم چنانچه دانشجوی مذکور، به تعهدات خود به شرح فوق الذکر عمل نکند و از هر یک از تعهدات فوق تخلف کند و منظور وزارت بهداشت عملی نشود، نقض تعهد دانشجو به منزله نقض تعهد اینجانبان بوده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حق دارد بدون هیچ گونه تشریفات، به صرف اعلام به دفترخانه، در مورد تخلف از هر یک از تعهدات فوق، از طریق صدور اجرائیه، **دو برابر** هزینه های انجام شده بابت دانشجو (به شرح فوق) بعلاوه کلیه خسارات وارده را، از اموال اینجانبان راساً استیفاء کند و ضمن عقد



دقرا مور حقوق

خارج لازم، وزارت بهداشت را وکیل خود در زمان حیات و وصی در زمان ممات قرار دادیم تا نسبت به احراز تخلف از هر یک از تعهدات فوق و تعیین میزان هزینه ها و خسارات و مطالبات از طرف اینجانبان با خود مصالحه نماید و با انجام مصالحه هیچ ضرورتی جهت مراجعه به مقام قضائی یا مرجع دیگر برای تعیین این موارد وجود نخواهد داشت و تعیین و تشخیص وزارت مذکور قطعی و غیر قابل اعتراض و موجب صدور اجرائیه خواهد بود. وزارت مذکور مجاز است مطالبات خود را از محل حقوق یا هر محل دیگر از اموال و دارائی های اینجانبان وصول کند و اینجانبان متضامناً در برابر وزارت مذکور متعهد به انجام تعهدات فوق و جبران خسارت و پرداخت مطالبات فوق هستیم.

**تبصره:** تعهد و مسسولیت ضامنان با یکدیگر و با متعهد سند نسبت به انجام تعهدات و پرداخت خسارت مندرج در این سند، تضامنی است و وزارت بهداشت می تواند برای دریافت تمام یا بخشی از خسارت، مستقیماً علیه هر یک از متعهد و ضامنین و یا در آن واحد علیه تمامی آنها اجرائیه صادر و عملیات اجرائی ثبتی را به منظور وصول مطالبات دولت و خسارات، تعقیب نموده و یا نسبت به طرح دعوا اقدام نماید. این قرارداد بر مبنای ماده ۱۰ قانون مدنی بین طرفین قرارداد منعقد شده و بین طرفین لازم الاتباع است.

#### محل امضاء و اثر انگشت متعهد:

محل امضاء ضامن دوم:

محل امضاء ضامن اول: