



« فرم تعهدنامه رسمی (تعهد عام) از پذیرفته شدگان آزمون دستیاری دندانپزشکی »

نظر به اینکه اینجانب فرزند دارای شماره شناسنامه صادره از متولد کد ملی به نشانی..... شماره تلفن ثابت..... شماره تلفن همراه فارغ التحصیل مقطع عمومی 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- در رشته تخصصی تحصیل کرده و مطابق ضوابط مربوطه، دوره مذکور را به پایان برسانم و درجه تخصصی را اخذ نمایم و کلیه مقررات مربوط به دوره آموزش دستیاری و دانشگاه محل تحصیل را رعایت نمایم و صرفاً به امر تحصیل پرداخته و منحصرأ 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 و حق تغییر رشته را از خود ساقط مبن کنم.

۲- بلافاصله پس از پایان دوره مجاز تحصیلی تخصصی، خود را به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معرفی کنم و بر اساس قوانین و مقررات مربوطه، مصوبات نشست های شورای آموزش پزشکی و تخصصی و سایر ضوابط مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ، به میزان مندرج در آیین نامه خدمات متعهدین خدمت دوره های تخصصی دندانپزشکی مصوب **وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (ابلاغیه شماره ۵/۵۰۰/۴۰۳ مورخ ۹۵/۲/۱۱)** در هر محلی که وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی تعیین خواهد کرد خدمت نمایم.

۳- در صورتیکه به دلایل آموزشی، سیاسی و اخلاقی و غیره، موفق به اتمام تحصیلات در مدت مقرر و مطابق ضوابط آموزشی نگردم و یا از ادامه تحصیل انصراف دهم و یا بعد از پایان دوره تخصصی به هر دلیل از انجام تعهد فوق الذکر استنکاف نمایم و یا بلافاصله پس از پایان دوره تخصصی به هر دلیل از انجام تعهد فوق الذکر استنکاف نمایم و یا بلافاصله پس از پایان دوره مجاز تحصیل، خود را به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معرفی نکنم یا به محل تعیین شده از سوی وزارت مذکور، جهت انجام خدمت مراجعه نکنم 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 معادل **سه برابر** کلیه هزینه های انجام شده از سوی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه محل تحصیل (از جمله هزینه های تحصیل، اسکان، حقوق و مزایای پرداختی، 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، درمان و آموزش پزشکی 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 دفتر خانه خواهد بود.

تبصره ۱: 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.



تبصره ۲: پرداخت خسارت موجب استحقاق فرد به مطالبه دانشنامه و سایر مدارک تحصیلی از جمله ریز نمرات نخواهد گردید و ارائه مدارک یاد شده صرفاً پس از انجام تعهدات قانونی و قراردادی موضوع این سند امکان پذیر است.

۴- از آنجا که اعطای دانشنامه، صرفاً با انجام تعهدات قانونی و قراردادی موضوع این سند امکان پذیر است، چنانچه به هر دلیل موفق به انجام تعهدات خود نگردم، دانشنامه تحصیلی و یا هرگونه گواهی فراغت از تحصیل و مدرک تحصیلی و ریز نمرات به اینجانب اعطا نخواهد شد. همچنین تا اتمام تعهدات، سند تعهد اینجانب فسخ نخواهد گردید.

۵- ضمن عقد خارج لازم شرط شد که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، 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 مذکور، در تعیین هزینه های مذکور، قطعی و غیر قابل اعتراض و موجب صدور اجرائیه از طرف دفترخانه و یا مراجع قضائی خواهد بود.

۶- 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، قانونی 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 صادره از دارای کد ملی
شماره متولد نشانی محل سکونت کد
پستی محل سکونت شغل نشانی محل کار کد
پستی محل کار

و آقای / خانم فرزند به شماره شناسنامه صادره از دارای کد ملی
شماره متولد نشانی محل سکونت کد
پستی محل سکونت شغل نشانی محل کار کد
پستی محل کار

با آگاهی کامل از تعهدات دانشجویی، ضمن عقد خارج لازم و بر مبنای ماده ۱۰ قانون مدنی متعهد می شویم که تعهدات فوق الذکر دانشجویی، 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، درمان و آموزش پزشکی عملی نشود، نقض تعهد دانشجویی به منزله نقض تعهد اینجانبان بوده و وزارت مذکور، حق دارد بدون هیچ گونه تشریفات، به صرف اعلام به دفترخانه، در مورد تخلف از هر یک از تعهدات فوق، از طریق صدور اجرائیه **سه برابری** هزینه های انجام شده بابت دانشجوی (به شرح فوق) به علاوه کلیه خسارات وارده را، از اموال اینجانبان راساً استیفاء کند و ضمن عقد خارج لازم، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی 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 مسوولیت ضامنان با یکدیگر و با متعهد سند نسبت به انجام تعهدات و پرداخت خسارت مندرج در این سند، تضامنی است و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی 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 ثبتي 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 متعهد:

محل امضاء ضامن اول:

محل امضای ضامن دوم: