**«فرم تعهد محضری دستیاران تخصصی آزاد»**

نظر به اينكه مقرر گرديده، اينجانب ........................ فرزند ............. به شماره شناسنامه ................، صادره از ........... داراي كد‌ ملي شماره .................. متولد ................ ساكن ....................................................................................... كدپستي : ................................فارغ التحصيل مقطع عمومي رشته .............................. از دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ............................. كه در آزمون پذيرش دستيار 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 قوانین و 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 با‌ آزادي و اختيار كامل، متعهد و ملتزم مي‌گردم:

1. در رشته تخصصي تحصيل كرده و مطابق ضوابط مربوطه دوره مذكور را به پايان رسانده، درجه تخصصي را در رشته مذكور اخذ نمايم و كليه مقررات مربوط به دوره آموزش دستياري و دانشگاه محل تحصيل را رعايت كنم، و صرفاً به امر تحصيل پرداخته و 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، و حق تغيير رشته را از خود ساقط مي‌كنم.
2. بلافاصله پس از پايان دوره مجاز تحصيلي تخصصي، 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 ميزان **نيم تا دو برابر مدت تحصيل با احتساب ضرايب مربوطه**، در هر محلي كه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي تعيين كند، خدمت نمايم.

تبصره : مستند به تبصره ماده 6 تصویب نامه‌ی شماره 74450/ت 50982ه‍ مورخ 1/7/1393 ملتزم می‌گردم که در خلال انجام تعهدات امکان هر گونه فعالیت تشخیصی و درمانی خارج از مراکز تعیین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را نخواهم داشت.

1. در صورتيکه به دلايل آموزشي و اخلاقی موفق به اتمام تحصيلات در مدت مقرر و مطابق ضوابط آموزشي نگردم و يا از ادامه تحصيل انصراف دهم و يا بعد از پايان دوره تخصصي به هر دليل از انجام تعهد فوق‌الذكر استنكاف نمايم و يا بلافاصله پس از پايان دوره مجاز تحصيل، خود را به وزارت بهداشت، معرفي نكنم، يا به محل تعيين شده از سوي وزارت بهداشت جهت انجام خدمت 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 مي‌شوم **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 است و موجب صدور اجرائيه از طريق دفترخانه خواهد بود.

تبصره 1 : 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 بعداً تعيين شود) را مطالبه نمايد.

تبصره 2 : پرداخت خسارت موجب استحقاق فرد به مطالبه دانشنامه و ساير مدارك تحصيلي از جمله ريزنمرات نخواهد گرديد و ارائه مدارك ياد شده صرفاً پس از انجام تعهدات قانوني و قراردادي موضوع اين سند امكان‌پذير است.

1. از آنجاكه اعطاي دانشنامه، صرفاً با انجام تعهدات قانوني و قراردادي موضوع اين سند امكان‌پذير است، چنانچه به هر دليل موفق به انجام تعهدات خود نگردم، دانشنامه تحصيلي و يا هرگونه گواهي فراغت از تحصيل و مدرك تحصيلي و ريز نمرات به اينجانب اعطا نخواهد شد. همچنين تا اتمام تعهدات، سند تعهد اينجانب فسخ نخواهد گرديد.
2. ضمن این سند شرط شد كه وزارت بهداشت از طرف اينجانب در تشخيص تخلف از تعهدات فوق و تعيين ميزان خسارت و وصول آن، وكيل 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 موجب صدور اجرائيه از طرف دفترخانه و يا مراجع قضايي خواهد بود.
3. نشاني اقامتگاه اينجانب، ‌نشاني مندرج در اين سند مي‌باشد، ‌و تمام ابلاغ‌هاي 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، 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 سند ‌قطعي 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.........................

با آگاهي كامل از تعهدات دانشجو، ضمن این سند 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 فوق‌الذكر 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 وزارت بهداشت را وكيل خود قرار داده 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 موجب صدور اجرائيه خواهد بود. وزارت مذكور مجاز است مطالبات خود را از محل حقوق يا هر محل ديگري از اموال و دارايي‌هاي 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 مسووليت ضامنان با يكديگر و با متعهد سند نسبت به انجام تعهدات و پرداخت خسارات مندرج در اين سند تضامني است و وزارت بهداشت مي‌تواند 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 لازم‌الاتباع است.

**محل امضاء طرف قرارداد:**

**محل امضاء ضامن :**

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

**«فرم اخذ تعهد از پذيرفته شدگان آزاد آزمون دستيار فوق تخصصي»**

نظر به اينكه مقرر گرديده، اينجانب ........................ فرزند ............. به شماره شناسنامه ................، صادره از ........... داراي كدملي شماره .................. متولد ................ ساكن ....................................................................................... كدپستي: ................................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 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 با‌ آزادي و اختيار كامل، متعهد و ملتزم مي‌گردم:

1. 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 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 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 ميزان یک تا دو برابر مدت تحصيل با احتساب ضریب منطقه "مطابق لیست پیوست که جزء لاینفک این سند می‌باشد"، در هر محلي كه وزارت بهداشت،‌ درمان و آموزش پزشكي، تعيين كند، خدمت نمايم.

تبصره: تعيين محل انجام تعهد به عهده وزارت بهداشت مي‌باشد.

1. در صورتيکه به دلايل آموزشي و اخلاقی 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 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 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 گرفته‌ام تخلف نمايم، متعهد مي‌شوم 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 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 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. ضمن این سند شرط شد كه وزارت بهداشت از طرف اينجانب در تشخيص تخلف از تعهدات فوق و تعيين ميزان خسارت و وصول آن، وكيل 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.
3. نشاني اقامتگاه اينجانب، ‌نشاني مندرج در اين سند مي‌باشد، ‌و تمام ابلاغ‌هاي 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، 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 سند ‌قطعي 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 این سند و بر مبناي ماده 10 قانون مدني متعهد مي‌شويم كه تعهدات فوق‌الذكر دانشجو، تعهد اينجانبان بوده و ملتزم مي‌شويم، چنانچه دانشجوي مذكور، به تعهدات خود به شرح فوق‌الذكر 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 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 راساً 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 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 مسووليت ضامنان با يكديگر و با متعهد سند نسبت به انجام تعهدات و پرداخت خسارات مندرج در اين سند تضامني است و وزارت بهداشت مي‌تواند براي دريافت تمام يا بخشي از خسارت مستقيماً عليه هر يك از متعهد و ضامنين و يا در آن واحد عليه تمامی 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 لازم‌الاتباع است.

**محل امضاء طرف قرارداد :**

**محل امضاء ضامنین :**

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

**«فرم اخذ تعهد از پذيرفته‌شدگان در آزمون دستيار فوق تخصصي (مخصوص مستخدمين دانشگاه‌هاي علوم پزشكي)»**

نظر به اينكه مقرر گرديده، اينجانب ........................ فرزند ............. به شماره شناسنامه ................، صادره از ........... داراي كدملي شماره .................. متولد ................ ساكن ....................................................................................... كدپستي: ................................فارغ‌التحصيل 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 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 با‌ آزادي و اختيار كامل، متعهد و ملتزم مي‌گردم:

1. 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 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 نشست‌هاي 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 و اخلاقی 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 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 خدمت كنم و به طور كلي چنانچه از هر يك از تعهداتي كه طبق اين قرارداد (و مقررات مربوط) برعهده گرفته‌ام تخلف نمايم، متعهد مي‌شوم **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 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 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 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.
2. ضمن این سند شرط شد كه وزارت بهداشت از طرف اينجانب در تشخيص تخلف از تعهدات فوق و تعيين ميزان خسارت و وصول آن، وكيل 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 موجب صدور اجرائيه از طرف دفترخانه و يا مراجع قضايي خواهد بود.
3. نشاني اقامتگاه اينجانب، ‌نشاني مندرج در اين سند مي‌باشد،‌ و تمام ابلاغ‌هاي 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 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 این سند و بر مبناي ماده 10 قانون مدني متعهد مي‌شويم كه تعهدات فوق‌الذكر دانشجو، تعهد اينجانبان بوده و ملتزم مي‌شويم، چنانچه دانشجوي مذكور، به تعهدات خود به شرح فوق‌الذكر 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 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 راساً 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 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 مسووليت 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 تمامی 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 لازم‌الاتباع است.

**محل امضاء طرف قرارداد:**

**محل امضاء ضامنین:**

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

**«فرم اخذ تعهد از پذيرفته‌شدگان در آزمون دستيار فوق تخصصي (مخصوص اعضاي هيأت علمي)»**

نظر به اينكه مقرر گرديده، اينجانب ........................ فرزند ............. به شماره شناسنامه ................، صادره از ........... داراي كدملي شماره .................. متولد ................ ساكن ....................................................................................... كدپستي: ................................فارغ‌التحصيل 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 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 با‌ آزادي و اختيار كامل، متعهد و ملتزم مي‌گردم:

1. 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 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 نشست‌هاي شوراي آموزش پزشكي و تخصصي و ساير ضوابط مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكي به ميزان **سه برابر** مدت تحصيل، در هر محلي كه دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ..............................، تعيين كند، خدمت نمايم.
3. در صورتيکه به دلايل آموزشي و اخلاقی 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 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 يادشده 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 گرفته‌ام تخلف نمايم، متعهد مي‌شوم **سه 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 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 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. ضمن این سند شرط شد كه وزارت بهداشت از طرف اينجانب در تشخيص تخلف از تعهدات فوق و تعيين ميزان خسارت و وصول آن، وكيل است 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.
3. نشاني اقامتگاه اينجانب، ‌نشاني مندرج در اين سند مي‌باشد، و تمام ابلاغ‌هاي 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 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 این سند و بر مبناي ماده 10 قانون مدني متعهد مي‌شويم كه تعهدات فوق‌الذكر دانشجو، تعهد اينجانبان بوده و ملتزم مي‌شويم، چنانچه دانشجوي مذكور، به تعهدات خود به شرح فوق‌الذكر 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 **سه** **برابر** هزينه‌هاي انجام شده بابت دانشجو (به شرح فوق) به علاوه كليه خسارات وارده را، از اموال اينجانبان راساً 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 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 مسووليت 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 تمامی 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 لازم‌الاتباع است.

**محل امضاء طرف قرارداد :**

**محل امضاء ضامنين :**

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

**تعهد از دستياران آزاد دندانپزشكي (متعهد عام)»**

نظر به اينكه مقرر گرديده، اينجانب ........................ فرزند ............. به شماره شناسنامه ................، صادره از ........... داراي كدملي شماره .................. متولد ................ ساكن ....................................................................................... كدپستي : ................................فارغ‌التحصيل مقطع عمومي رشته .............................. از دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ............................. كه در آزمون پذيرش تخصصي دندانپزشكي 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 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 با‌ آزادي و اختيار كامل، متعهد و ملتزم مي‌گردم:

1. در رشته تخصصي تحصيل كرده و مطابق ضوابط مربوطه دوره مذكور را به پايان رسانده، درجه تخصصي را در رشته مذكور اخذ نمايم و كليه مقررات مربوط به دوره آموزش دستياري و دانشگاه محل تحصيل را رعايت كنم، و صرفاً به امر تحصيل پرداخته و 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، و حق تغيير رشته را از خود ساقط مي‌كنم.
2. بلافاصله پس از پايان دوره مجاز تحصيلي تخصصي، خود را به وزارت بهداشت، درمان وآموزش دندانپزشكي معرفي كنم و بر اساس قوانين و مقررات مربوط، مصوبات نشست‌هاي شوراي آموزش دندانپزشكي و تخصصي و ساير ضوابط مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكي **به ميزان مندرج در آئین‌نامه خدمات متعهدین خدمت دوره‌های تخصصی دندانپزشکی و اصلاحات و الحاقات بعدی آن مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (زمان پذیرش آزمون وقت)**، در هر محلي كه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي تعيين كند، خدمت نمايم.
3. در صورتيکه به دلايل آموزشي و اخلاقی موفق به اتمام تحصيلات در مدت مقرر و مطابق ضوابط آموزشي نگردم و يا از ادامه تحصيل انصراف دهم و يا بعد از پايان دوره تخصصي به هر دليل از انجام تعهد فوق‌الذكر استنكاف نمايم و يا بلافاصله پس از پايان دوره مجاز تحصيل، خود را به وزارت بهداشت، معرفي نكنم، يا به محل تعيين شده از سوي وزارت بهداشت جهت انجام خدمت 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 گرفته‌ام تخلف نمايم، متعهد مي‌شوم **سه** 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: 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 بعداً تعيين شود) را مطالبه نمايد.

تبصره 2: پرداخت خسارت موجب استحقاق فرد به مطالبه دانشنامه و ساير مدارك تحصيلي از جمله ريزنمرات نخواهد گرديد و ارائه مدارك ياد شده صرفاً پس از انجام تعهدات قانوني و قراردادي موضوع اين سند امكان‌پذير است.

1. از آنجاكه اعطاي دانشنامه، صرفاً با انجام تعهدات قانوني و قراردادي موضوع اين سند امكان‌پذير است، چنانچه به هر دليل موفق به انجام تعهدات خود نگردم، دانشنامه تحصيلي و يا هرگونه گواهي فراغت از تحصيل و مدرك تحصيلي و ريز نمرات به اينجانب اعطا نخواهد شد. همچنين تا اتمام تعهدات، سند تعهد اينجانب فسخ نخواهد گرديد.
2. ضمن این سند شرط شد كه وزارت بهداشت از طرف اينجانب در تشخيص تخلف از تعهدات فوق و تعيين ميزان خسارت و وصول آن، وكيل است، 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.
3. نشاني اقامتگاه اينجانب، ‌نشاني مندرج در اين سند مي‌باشد، و تمام ابلاغ‌هاي 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، 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 سند ‌قطعي 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.........................

با آگاهي كامل از تعهدات دانشجو، ضمن این سند و بر مبناي ماده 10 قانون مدني متعهد مي‌شويم كه تعهدات فوق‌الذكر دانشجو، تعهد اينجانبان بوده و ملتزم مي‌شويم، چنانچه دانشجوي مذكور، به تعهدات خود به شرح فوق‌الذكر 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 **سه برابر** هزينه‌هاي انجام شده بابت دانشجو (به شرح فوق) به علاوه كليه خسارات وارده را، از اموال اينجانبان راساً 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 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 مسووليت ضامنان با يكديگر و با متعهد سند نسبت به انجام تعهدات و پرداخت خسارات مندرج در اين سند تضامني است و وزارت بهداشت مي‌تواند 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 لازم‌الاتباع است.

**محل امضاء نماینده وزارت بهداشت / نماینده دانشگاه (به نیابت) :**

**محل امضا متعهد :**

**محل امضاء ضامن اول :**

**محل امضاء ضامن دوم :**

**«فرم اخذ تعهد محضري از کلیه پذیرفته‌شدگان دکترای تخصصی (Ph.D) آزاد»**

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 دکترای 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 و آيين‌نامه‌ها و دستورالعمل‌هاي وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي و قوانين و مقررات ثبت اسناد و آيين‌نامه اجراي مفاد اسناد رسمي و لازم‌الاجرا، متعهد و ملتزم هستم:

1. در رشته تحصيل كرده و مطابق ضوابط مربوطه دوره مذكور را به پايان رسانده، درجه دکتری تخصصی را در رشته مذكور اخذ نمايم و كليه مقررات مربوط به دوره آموزشی و دانشگاه محل تحصيل را رعايت كنم و صرفاً به امر تحصيل پرداخته و 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 و حق تغيير رشته را از خود ساقط مي‌كنم.
2. بلافاصله پس از پايان دوره مجاز تحصيلي تخصصي، خود را به مرکز امور هیأت علمی وزارت بهداشت معرفي كنم و بر اساس قوانين و مقررات مربوط و ساير ضوابط مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكي به ميزان **برابر مدت تحصیل با اعمال ضرایب اعلامی از سوی معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**، در هر محلي كه وزارت یاد شده تعيين كند، خدمت نمايم.
3. در صورتيکه به دلايل آموزشي و اخلاقی 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 تخصصي به هر دليل از انجام تعهد فوق‌الذكر استنكاف نمايم و يا بلافاصله پس از پايان دوره مجاز تحصيل، خود را به وزارت بهداشت معرفي نكنم، يا به محل تعيين شده از سوي وزارت بهداشت جهت انجام خدمت 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 گرفته‌ام تخلف نمايم، متعهد مي‌شوم 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: 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 بعداً تعيين شود) را مطالبه نمايد.

تبصره 2 : پرداخت خسارت موجب استحقاق فرد به مطالبه دانشنامه و هرگونه مدارك تحصيلي از جمله ريزنمرات نخواهد گرديد و ارائه مدارك ياد شده صرفاً پس از انجام تعهدات قانوني و قراردادي موضوع اين سند امكان‌پذير است.

1. از آنجاكه اعطاي دانشنامه، صرفاً با انجام تعهدات قانوني و قراردادي موضوع اين سند امكان‌پذير است، چنانچه به هر دليل موفق به انجام تعهدات خود نگردم، دانشنامه تحصيلي و يا هرگونه گواهي فراغت از تحصيل و مدرك تحصيلي و ريز نمرات به اينجانب اعطا نخواهد شد. همچنين تا اتمام تعهدات، سند تعهد اينجانب فسخ نخواهد گرديد.
2. ضمن این سند شرط شد كه وزارت بهداشت از طرف اينجانب در تشخيص تخلف از تعهدات فوق و تعيين ميزان خسارت و وصول آن، وكيل است، 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.
3. نشاني اقامتگاه اينجانب، ‌نشاني مندرج در اين سند مي‌باشد، ‌و تمام ابلاغ‌هاي 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، 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 سند ‌قطعي از سوي اينجانب مي‌باشد.

**به منظور تضمين حسن اجراي تعهدات ناشي از اين سند اينجانب:**

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

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

با آگاهي كامل از تعهدات دانشجو، ضمن این سند و بر مبناي ماده 10 قانون مدني متعهد مي‌شوم كه تعهدات فوق‌الذكر دانشجو، تعهد اينجانب بوده و ملتزم مي‌شوم، چنانچه دانشجوي مذكور، به تعهدات خود به شرح فوق‌الذكر عمل نكند و از هر يك از تعهدات فوق تخلف كند و منظور وزارت بهداشت، عملي نشود، نقض تعهد دانشجو به منزله نقض تعهد اينجانب 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 **برابر** هزينه‌هاي انجام شده بابت دانشجو (به شرح فوق) به علاوه كليه خسارات وارده را، از اموال اينجانبان راساً استيفا كند و ضمن این سند، 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 اينجانب 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 اينجانب وصول كند و اينجانب متضامناً در برابر وزارت مذكور متعهد به انجام تعهدات فوق و جبران خسارت و پرداخت مطالبات فوق هستيم.

تبصره: تعهد و مسووليت ضامن با متعهد سند نسبت به انجام تعهدات و پرداخت خسارات مندرج در اين سند تضامني است و وزارت بهداشت مي‌تواند براي دريافت تمام يا بخشي از خسارت مستقيماً عليه هر يك از متعهد و ضامن 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 لازم‌الاتباع است.

**محل امضاء طرف قرارداد:**

**محل امضاء ضامن:**

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

­