«فرم اخذ تعهد محضري از دستياران

 استفاده كننده از سهميه ده درصد مازاد مناطق محروم »

نظر به اينكه مقرر گرديده ، اينجانب ..................... فرزند ............. به شماره شناسنامه ................ ، صادره از ........... داراي كد ملي شماره .................. متولد ................ ساكن ................................................................. كد پستي : .............................. فارغ التحصيل مقطع عمومي رشته .............................. از دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ............................. كه در آزمون پذيرش دستيار تخصصي مورخ ................................. با استفاده از سهميه بومي ، موضوع بند 3 ماده 1 قانون برقراري عدالت آموزشي مصوب سال 1389 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 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 ، ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملتزم هستم :

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 مي كنم .
2. بلافاصله پس از پايان دوره مجاز تحصيلي تخصصي، 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 **سه برابر مدت تحصيل** ، در هر محلي كه دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ................ و در صورت عدم نياز دانشگاه ياد شده در هر محلي كه وزارت بهداشت ،‌ درمان و آموزش پزشكي ، 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 تخصصي به هر دليل از انجام تعهد فوق الذكر استنكاف نمايم و يا بلافاصله پس از پايان دوره مجاز تحصيل ، خود را به دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ........ ، معرفي نكنم ، يا به محل تعيين شده از سوي دانشگاه علوم پزشكي ................... 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 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 : 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.

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 امكان پذير است .

1. از آنجاكه اعطاي دانشنامه ، صرفاً با انجام تعهدات قانوني و قراردادي موضوع اين سند امكان پذير 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. 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 تعهدات در محل تعيين شده در سند و يا در هر محل ديگري را كه صلاح مي داند از اينجانب درخواست 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 ، 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 ، 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 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.........................

با آگاهي كامل از تعهدات دانشجو ، ضمن عقد خارج لازم و بر مبناي ماده 10 قانون مدني متعهد مي شويم 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 ضامن اول : محل امضاء ضامن دوم :**

«فرم اخذ تعهد محضري از دستياران آزاد »

نظر به اينكه مقرر گرديده ، اينجانب ........................ فرزند ............. به شماره شناسنامه ................ ، صادره از ........... داراي كد ملي شماره .................. متولد ................ ساكن ....................................................................................... كد پستي : ................................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 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. 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 مي كنم .
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 نشست هاي شوراي آموزش پزشكي و تخصصي و ساير ضوابط مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكي به ميزان **حداقل** **نيم و حداكثر تا دو برابر مدت تحصيل با احتساب ضرايب مربوطه** ، در هر محلي كه وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشكي تعيين كند ، خدمت نمايم .
3. در صورتيکه به دلايل آموزشي ، سياسي، و اخلاقي و غيره‌ ، 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 فوق الذكر 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 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 : 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.

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 امكان پذير است .

1. از آنجاكه اعطاي دانشنامه ، صرفاً با انجام تعهدات قانوني و قراردادي موضوع اين سند امكان پذير 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 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 ، 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 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 ، 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 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.........................

با آگاهي كامل از تعهدات دانشجو ، ضمن عقد خارج لازم و بر مبناي ماده 10 قانون مدني متعهد مي شويم 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 ضامن اول : محل امضاء ضامن دوم :**