

فرم شماره ۶

فرم مخصوص اخذ تعهد از پذیرفته شدگان رشته های مختلف گروه آموزشی پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی در سهمیه های مناطق ۲ و ۳ در آزمون سراسری

اینجانب:	فرزند:	متولد سال:	ش ملی:	صادر از:
ساکن:				
در آزمون سراسری سال ۱۴۰۰ در گروه آزمایشی علوم تجربی		در رشته:		
دانشگاه علوم پزشکی تبریز پذیرفته شده ام، متعهد میشوم:				

با استفاده از سهمیه منطقه ۲ و منطقه ۳ پذیرفته شده ام، در کمال میل و اختیار ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملزم میشوم که پس از گذراندن دوره تحصیلی در مقطع فوق علاوه بر تکلیف قانونی خدمت رایگان به مدت یک برابر زمان تحصیل و همچنین تعهدات منطق های (در مجموع دو برابر) خدمت نمایم و به ترتیب اولویت در مناطق ذیل:

۱- شهرستانهای واقع در سهمیه منطقه ثبت نامی در آزمون سراسری.

۲- مناطق محروم تر به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

در وهله اول در صورت نیاز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمانها و ادارات دولتی و ارگانها و نهادهای انقلاب اسلامی و در صورت عدم نیاز وزارت مذکور، در سایر ادارات و در بخش خصوصی به تشخیص سازمان اداری و استخدامی کشور و وزارت کار و امور اجتماعی خدمت نمایم و چنانچه ظرف یکسال پس از پایان تحصیل (بدون احتساب خدمت وظیفه عمومی) از انجام خدمت بنحو فوق استنکاف نمایم، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجاز و مختار است که نسبت به استرداد دو برابر هزینههای سرانه دانشجوی در طول مدت تحصیل اقدام و وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجازند از تحویل مدارک تحصیلی تا انجام خدمت مذکور خودداری نمایند. مفاد این تعهد مانع از اجرای تعهد آموزش رایگان و نیز خدمت وظیفه عمومی نبوده و تعهد آموزش رایگان را پس از اتمام تعهد مذکور انجام خواهیم داد. بموجب این تعهد ضمن عقد خارج لازم به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وکالت میدهم در صورت تخلف از مفاد این تعهد و استنکاف از آن که خارج از حیطه اقتدار اینجانب نباشد دو برابر هزینه های مصروفه سرانه دانشجوی را در مدت تح صیل از اموال اینجانب برداشت نمایند. تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مورد کیفیت تخلف و میزان هزینههای مصروفه غیرقابل اعتراض بوده و صرف اعلام وزارت مذکور برای اینجانب قطعی و لازمالاجراست .

توضیح اینکه:

۱- خدمات مزبور (تعهد) جزو خدمات قانونی گروه پزشکی محسوب میگردد.

۲- تا زمان انجام تعهدات مذکور در این تعهدنامه حق شرکت در درجات تح صیلی بالاتر را ندارم مگر با موافقت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

محل سکونت :

امضاء و اثر انگشت:

تاریخ: