شرایط اخذ تعهد از پذیرفته شدگان سهمیه افزایش ظرفیت پذیرش سال تحصیلی ۱۴۰۶ –۱۴۰۵ دانشگاه علوم پزشکی اراک

کلیه پذیرفته شدگان سهمیه افزایش ظرفیت پذیرش مکلفند نسبت به سپردن تعهد محضری (تضمین ثبت نام) بر اساس فرم تعهد اقدام و الزام است سند تعهد محضری را همراه با مدارک ثبت نامی تحویل گردد . تمام موارد و شرایط تعهد محضری و ضامنین در ذیل توضیح داده شده است در صورت مواردی ابهام با شماره ۳۳۸۳۸۶۴۱-۰۸۶ مسئول محترم واحد حقوقی تماس حاصل نمایید.

کد رشته های افزایش ظرفیت

۳۹۰۵۲	۳۹۰۵۱	۳۸۹۲۸	۳۸۹۲۷

نکات قابل توجه وبسیار مهم برای ثبت نام وتودیع سند تعهد خدمت پذیرفته شدگان

۱–دریافت فایل نمونه فرم شماره۱۵پیوست وتکمیل مشخصات کامل مورد نیاز در فرم وامضا وارایه به دفترخانه

۲-هماهنگی الزم با ضامنین برای حضور همزمان با نماینده حقوقی دانشگاه در ساعت تعیین شده در دفاتر اسناد رسمی

- شایان ذکر است حسب بخشنامه وزارت متبوع ضامنین دارای شرایط ذیل باشند.

۱–حضورمتعهد(دانشجو) به همراه ضامنین دردفتراسنادرسمی جهت تنظیم سندتعهدبه صورت محضری الزامی است.

۲- ضامنین الزاماً کارمندرسمی قطعی و یا پیمانی وقرارداد کار معین شاغل(کمتر از ۲۵سال سابقه کار)دردستگاه دولتی وموسسات عمومی غیر دولتی (شهرداری ها – سازمان تامین اجتماعی و...) یا شرکت های دولتی (شرکت گاز . نفت .پالایشگاه . پتروشیمی . آب وفاضلاب توانیر . برق و...) باشند .

۳-استثنائاً کارکنان شاغل در مجموعه وزارت بهداشت ودانشگاهها علوم پزشکی در قالب قرارداد تبصره ۳ و۴ نیز امکان ضمانت تعهد را دارند.

۴- کارکنان بخش خصوصی ، بازنشسته و پرسنل طرح خدمت .به هیچ وجه مورد قبول نمیباشد . لذا از تماس های غیر ضروری با مسئول امور حقوقی در این خصوص جداً اجتناب نمایید.

*****ضمناً در صورتی که ضامنین شرایط قید شده را نداشته باشن سند تعهد محضری ارایه شده فاقد اعتبار است و مجدداً باید انجام شود .**

۵-همراه داشتن تصویربرابراصل شده یا اصل آخرین حکم کارگزینی و فیش حقوقی ضامنین (مربوط به سالجاری)

۶-همراه داشتن تصویر برابر اصل شده کارت ملی و صفحه اول شناسنامه ضامنین

۷-متعهد وضامنین قبل از مراجعه به دفترخانه الزاماً کد احراز هویت در سامانه ثنا خدمات الکترونیکی قضایی اخذ نمایند.

۸- همراه داشتن آدرس دقیق وکد پستی وکارت بانکی برای پرداخت هزینه حق الثبت وحق التحریر

۵- تحویل کپی مدارک بند ۵و۶ به همراه اصل و تصویرسند تعهد تنظیمی به مسئول حقوقی (سرکار خانم غنچی) ضروری میباشد.

*** دفاتر هماهنگ شده جهت تنظیم سند تعهد محضری پذیرفته شدگان

دفترخانه شماره ۷۱ به آدرس : اراک ، میدان انقلاب (امام) ابتدای خیابان شهدای صفری ، سمت راست شماره تماس : ۳۴۲۷۵۱۳۲

یا **دفترخانه شماره ۱۹** به آدرس : اراک ، خیابان شهید بهشتی ، میدان هفت تیر ، پاساژ بیژن طبقه اول

شماره تماس : ۳۲۲۲۷۵۳۷

چنانچه متعهد ویا ضامنین در استان دیگر بجز استان مرکزی سکونت دارند الزمیست با نماینده حقوقی دانشگاه علوم پزشکی اراک هماهنگی وبا اخذ معرفی نامه به دانشگاه علوم پزشکی محل سکونت مراجعه و نماینده حقوقی دانشگاه مزبور همزمان سند تعهد را امضا وتایید نمایند.

فرم شماره ۱۵

تاریخ: .....

شماره: .....

به نام خدا

فرمت سند تعهد موضوع آیین‌نامه اجرایی ماده واحده افزایش ظرفیت رشته‌های پزشکی و دندانپزشکی در مقطع دکتری عمومی

مصوب جلسه ۳۰ به تاریخ ۱۴۰۱/۰۴/۲۶ شورای سنجش و پذیرش دانشجو

اینجانب ..... فرزند ..... به شماره‌شناسنامه..... صادره از .....دارای کد ملی شماره .....
متولد ..... ساکن ..... کدپستی: ..... که در آزمون مورخ ..... با استفاده از سهمیه موضوع آیین‌نامه اجرایی ماده واحده افزایش ظرفیت پزشکی در مقطع عمومی مصوب جلسه ۳۰ به تاریخ ۱۴۰۱/۰۴/۲۶ شورای سنجش و پذیرش دانشجو در مقطع ..... رشته تحصیلی..... در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..... پذیرفته شده‌ام، برابر مقررات و آیین نامه‌ها و دستورالعمل‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و قوانین و مقررات ثبت اسناد و آیین‌نامه اجرای مفاد اسناد رسمی و لازم‌الاجرا، متعهد و ملتزم می‌شوم:

۱- با رعایت کلیه مقررات مربوط به دوره آموزشی و دانشگاه محل تحصیل در رشته ..... تحصیل کرده و درجه ..... 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 به اتمام برسانم.

۲- بلافاصله پس از فراغت از تحصیل، خود را به وزارت بهداشت معرفی کنم و بر اساس موضوع آیین‌نامه اجرایی ماده واحده افزایش ظرفیت پزشکی در مقطع عمومی مصوب جلسه ۳۰ به تاریخ ۱۴۰۱/۰۴/۲۶ شورای سنجش و پذیرش دانشجو، به میزان **یک و نیم برابر** مدت تحصیل، در مناطق محروم و کم‌برخوردار مورد نظر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..... و در صورت عدم نیاز دانشگاه یاد شده در هر محلی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تعیین کند خدمت نمایم.

تبصره ۱: با عنایت به اینکه اینجانب از قوانین و مقررات مربوطه دائر بر ممنوعیت خرید و جابه‌جایی تعهدات موضوع این سند مطلع می‌باشم، با علم و آگاهی کامل از این موضوع، در محل تعیین شده خدمت خواهم نمود و در خلال انجام تعهد، اجازه فعالیت پزشکی در محل دیگری غیر از محل تعیین شده برای انجام تعهد نخواهم داشت.

تبصره ۲: مستند به تبصره‌ی ۱-۶ موضوع آیین‌نامه اجرایی ماده واحده افزایش ظرفیت پزشکی در مقطع عمومی مصوب جلسه ۳۰ به تاریخ ۱۴۰۱/۰۴/۲۶ شورای سنجش و پذیرش دانشجو اینجانب مجاز به ادامه تحصیل تا قبل از گذراندن نیمی از دوران تعهد نمی‌باشم. در صورت ادامه تحصیل دانش‌آموختگان این سهمیه در مقطع تخصص، بخش باقیمانده از دورهٔ تعهد خدمت باید پس از اتمام مقطع تخصص در محل خدمت دوره تعهد، انجام پذیرد. مدت تحصیل در دوره تخصص جزء مدت تعهد خدمت محسوب نخواهد شد.

۳- در صورتی که به دلایل آموزشی، سیاسی، اخلاقی و غیره، موفق به اتمام تحصیل در مدت مقرر و مطابق ضوابط آموزشی نگردم و یا از ادامه تحصیل انصراف دهم یا بعد از پایان دوره ..... به هر دلیل از انجام تعهد فوق‌الذکر استنکاف نمایم و یا بلافاصله پس از فراغت از تحصیل در سقف زمانی مجاز، خود را معرفی نکنم، یا جهت انجام خدمت به محل تعیین شده از سوی دانشگاه یاد شده یا وزارت بهداشت مراجعه نکنم، یا صلاحیت اشتغال به کار نداشته باشم و یا پس از شروع به کار به هر علتی از موسسه محل خدمت اخراج شوم یا ترک خدمت کنم و به طور کلی چنانچه از هر یک از تعهداتی که طبق این قرارداد (و مقررات مربوط) برعهده گرفته‌ام تخلف نمایم، متعهد می‌شوم **دو برابر** کلیه هزینه‌های انجام شده از سوی وزارت بهداشت و دانشگاه محل تحصیل (از جمله هزینه‌های 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 بپردازم. تشخیص وزارت مزبور راجع به وقوع تخلف، کیفیت و کمیت و میزان هزینه‌ها و خسارات، قطعی و غیرقابل اعتراض است و موجب صدور اجرائیه از طریق دفترخانه خواهد بود.

تبصره: پرداخت خسارات مقرر در این بند، سبب معافیت اینجانب از انجام تعهد نمی‌شود و وزارت بهداشت 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 خواهد نمود.

۴- از آنجا که اعطای دانشنامه و هر گونه مدرک تحصیلی، صرفاً با انجام تعهدات قانونی و قراردادی موضوع این سند امکان‌پذیر است، پرداخت خسارت موجب استحقاق اینجانب به مطالبه دانشنامه و سایر مدارک تحصیلی از جمله ریزنمرات نخواهد گردید و سند تعهد اینجانب کماکان به قوت خود باقی خواهد ماند.

۵- ضمن این سند شرط شد که وزارت بهداشت از طرف اینجانب وکیل است در صورت نقض هر یک از تعهدات موضوع این سند، در اجرای ماده ۱۸ دستورالعمل ساماندهی و تسریع در اجرای احکام مدنی و ماده ۱۹ قانون نحوه اجرای محکومیت‌های مالی نسبت به ممنوع‌الخدمات نمودن و انسداد حساب‌ها و بازداشت اموال و دارایی اینجانب اقدام و طلب خود را از محل‌های مزبور وصول نماید. اقدامات وزارت بهداشت در این جهت قطعی و غیر قابل اعتراض خواهد بود.

ادامه فرم شماره ۱۵

۶- 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 را که صلاح می‌داند از اینجانب مطالبه نماید.

۷- ضمن این سند 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 مزبور در تعیین هزینه‌های مذکور قطعی و غیر قابل اعتراض و موجب صدور اجرائیه از طرف دفترخانه یا مراجع قضایی خواهد بود.

۸- نشانی اقامتگاه اینجانب، نشانی مندرج در این سند می‌باشد و تمام ابلاغ‌های 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، دانشگاه‌های محل تحصیل و محل خدمت اطلاع خواهم داد، و الا ابلاغ کلیه اوراق و اخطاریه‌ها به محل تعیین شده در این سند قطعی و غیر قابل اعتراض از سوی اینجانب می‌باشد.

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

۱- آقای/خانم ..... فرزند ..... به شماره‌شناسنامه ..... دارای کدملی شماره .....
شغل ..... نشانی محل کار ..... کدپستی محل کار ..... نشانی محل سکونت ..... کدپستی محل سکونت .....

۲- آقای/خانم ..... فرزند ..... به شماره‌شناسنامه ..... دارای کدملی شماره .....
شغل ..... نشانی محل کار ..... کدپستی محل کار ..... نشانی محل سکونت ..... کدپستی محل سکونت .....

با آگاهی کامل از تعهدات دانشجو، ضمن این سند و بر مبنای ماده ۱۰ قانون مدنی متعهد می‌شویم که تعهدات فوق‌الذکر دانشجو، تعهد اینجانبان بوده و ملتزم می‌شویم، چنانچه دانشجوی مذکور، به تعهدات خود به شرح فوق‌الذکر 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 یاد شده، حق دارد، بدون هیچ‌گونه تشریفات، به صرف اعلام به دفترخانه، در مورد تخلف از هر یک از تعهدات فوق، از طریق صدور اجرائیه **دو برابر** هزینه‌های انجام شده بابت دانشجو (به شرح فوق) به علاوه کلیه خسارات وارده را، از اموال اینجانبان راساً استیفا کند و وزارت مزبور 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 هزینه‌ها 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 و مزایای دریافتی یا هر محل دیگری از اموال و دارایی‌های اینجانبان وصول کند و اینجانبان متضامناً در برابر وزارت یاد شده متعهد به انجام تعهدات فوق و جبران خسارت و پرداخت مطالبات فوق هستیم.

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

محل امضاء متعهد:

محل امضاء ضامنین:

محل امضا وزارت بهداشت / نماینده دانشگاه علوم پزشکی (به نیابت):