**اخذ تعهد از پذيرفته شدگان سهميه 100 در صد بومي**

**آزمون سراسري سال ...... با سهميه دو و سه ( موضوع سهميه بومي استان / بومي شهري ) »**

نظر به اينكه مقرر گرديده ، اينجانب ........................ فرزند ............. به شماره شناسنامه ................ ، صادره از ........... داراي كد ملي شماره .................. متولد ................ ساكن ....................................................................................... كد پستي : ................................ با استفاده از سهميه منطقه 2 / منطقه 3 در مقطع تحصيلي ............................ رشته تحصيلي .................................. در دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني .................................... تحصيل نمايم ،‌ برابر مقررات و آيين نامه هاي وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشكي و دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني .................................. كه از مفاد آنها كاملاً آگاه و مطلع هستم ، به موجب عقد خارج لازم متعهد و ملتزم مي‌گردم :

در مقطع .............. رشته ......................... تحصيل كرده و مطابق ضوابط مربوطه دوره مذكور را به پايان رسانده ، درجه .................. را در رشته مذكور اخذ نمايم و كليه مقررات مربوط به دوره آموزشي و دانشگاه محل تحصيل را رعايت كنم ، و صرفاً به امر تحصيل و كارهاي علمي اشتغال داشته 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 .

بلافاصله پس از پايان دوره مجاز تحصيلي ، خود را به دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ........................ معرفي كنم و براساس قوانين و مقررات مربوط و ضوابط وزارت بهداشت ،‌درمان و آموزش پزشكي ، علاوه بر خدمات موضوع قانون خدمت پزشكان و پيراپزشكان ، دو برابر مدت تحصيل در دانشگاه علوم پزشكي ..................... و در صورت عدم نياز دانشگاه ياد شده ، در هر محلي كه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكي تعيين نمايد ، خدمت كنم .

در صورتيکه به دلايل آموزشي ، سياسي، و اخلاقي و غيره‌ ، موفق به اتمام تحصيلات در مدت مقرر و مطابق ضوابط آموزشي نگردم ويا از ادامه تحصيل انصراف دهم و يا بعد از پايان دوره ....................... 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 ياد شده 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 ، هزينه كتاب 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 دانشگاه علوم پزشكي ..................... 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 : 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.

اعطاي دانشنامه ، صرفاً با انجام تعهدات قانوني و قراردادي موضوع اين سند امكان پذير است و 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 نمي‌گردد.

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 .

ضمن عقد خارج لازم شرط شد كه وزارت مزبور از طرف اينجانب در تشخيص تخلف از تعهدات فوق و تعيين ميزان خسارت و وصول آن ، وكيل ،‌ و در صورت فوت‌، ‌وصي است ، تا نسبت به احراز و اثبات تخلف از موارد فوق و وصول 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 تعيين هزينه ها توسط وزارت بهداشت ، قطعي و غير قابل اعتراض و موجب صدور اجرائيه از طرف دفترخانه و يا مراجع قضايي خواهد بود .

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 ......................... و

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 دانشگاه مزبور 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 متعهد**

**محل امضاء ضامنین**

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

**«فرم اخذ تعهد از پذيرفته شدگان سهميه 40 در صد کاردان های رشته مامايي »**

**( شاغل در طرح پزشک خانواده برای ادامه تحصیل در آزمون کاردانی به کارشناسی ناپیوسته )**

نظر به اينكه مقرر گرديده ، اينجانب ........................ فرزند ............. به شماره شناسنامه ................ ، صادره از ........... داراي كد ملي شماره .................. متولد ................ ساكن ....................................................................................... كد پستي : ................................ با استفاده از سهميه 40 درصد کاردان های رشته مامايي مصوب شصت و پنجمین جلسه شوراي عالي برنامه ريزي علوم پزشكي مورخ 14/12/1395 در مقطع تحصيلي کارشناسی ناپیوسته رشته تحصيلي مامايي در دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني .................................... تحصيل نمايم ،‌ برابر مقررات و آيين نامه هاي وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشكي و دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني .................................. كه از مفاد آنها كاملاً آگاه و مطلع هستم ، به موجب عقد خارج لازم متعهد و ملتزم مي‌گردم :

1. در مقطع کارشناسی ناپيوسته رشته مامايي تحصيل كرده و مطابق ضوابط مربوطه دوره مذكور را به پايان رسانده ، درجه ليسانس را در رشته مذكور اخذ نمايم و كليه مقررات مربوط به دوره آموزشي و دانشگاه محل تحصيل را رعايت كنم ، و صرفاً به امر تحصيل و كارهاي علمي اشتغال داشته 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 ، خود را به دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ........................ معرفي كنم و براساس قوانين و مقررات مربوط و ضوابط وزارت بهداشت ،‌درمان و آموزش پزشكي ، علاوه بر خدمات موضوع قانون خدمت پزشكان و پيراپزشكان ، سه برابر مدت تحصيل در دانشگاه علوم پزشكي ..................... و در صورت عدم نياز دانشگاه ياد شده ، در هر محلي كه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكي تعيين نمايد ، خدمت كنم .
3. در صورتيکه به دلايل آموزشي ، سياسي، و اخلاقي و غيره‌ ، موفق به اتمام تحصيلات در مدت مقرر و مطابق ضوابط آموزشي نگردم ويا از ادامه تحصيل انصراف دهم و يا بعد از پايان دوره ....................... 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 ياد شده 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 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 ، هزينه كتاب 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 دانشگاه علوم پزشكي ..................... 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 : خسارات مقرر در اين بند ، سبب معافيت اينجانب از انجام تعهد نمي شود و دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ...................... 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.

1. اعطاي دانشنامه ، صرفاً با انجام تعهدات قانوني و قراردادي موضوع اين سند امكان پذير است و 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 نمي‌گردد.
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 مزبور از طرف اينجانب در تشخيص تخلف از تعهدات فوق و تعيين ميزان خسارت و وصول آن ، وكيل ،‌ و در صورت فوت‌، ‌وصي است ، تا نسبت به احراز و اثبات تخلف از موارد فوق و وصول 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 تعيين هزينه ها توسط وزارت بهداشت ، 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 سه 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 دانشگاه مزبور 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 متعهد:

محل امضاء ضامن اول :

محل امضاء ضامن دوم :