**فرمت سند تعهد پذيرفته شدگان مقطع تخصصي باليني**

**(سهميه مناطق محروم موضوع قانون برقراري عدالت آموزشي و اصلاحات بعدي ) انو**

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 قانون برقراري عدالت آموزشي و اصلاحات بعدی آن 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 .

تبصره 1 : مستند به تبصره ماده 6 تصویب نامه ی شماره 74450/ت 50982ه‍ مورخ 1/7/1395 به موجب عقد خارج لازم ملتزم می گردم 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 نخوام داشت.

تبصره 2 : با عنایت به اینکه اینجانب از قوانین و مقررات مربوطه دائر بر ممنوعیت خرید و جابه جایی تعهدات موضوع این سند مطلع می باشم ، با علم و آگاهی کامل از این موضوع ، در محل تعیین شده خدمت خواهم نمود و در خلال انجام تعهد ، اجازه ی فعالیت در محل دیگری غیر از محل تعیین شده را نخواهم داشت .

تبصره 3 : مستند به تبصره ی 4 ماده واحده ی قانون اصلاح قانون برقراری عدالت آموزشی مصوب سال 1392 ادامه تحصیل اینجانب منوط به طی حداقل نیمی از تعهدات انجام شده خواهد بود .

1. 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 ................... و یا 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 **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 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 .........................

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 مي‌شويم 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 و دانشگاه علوم پزشکی .................... ، 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 مزبور 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 . دانشگاه مذكور مجاز است مطالبات خود را از محل حقوق و مزاياي دريافتي و يا هر محل ديگري از اموال و دارايي هاي اينجانبان وصول كند و اينجانبان متضامناً در برابر وزارت بهداشت متعهد به انجام تعهدات فوق و جبران خسارت و پرداخت مطالبات فوق هستيم.

تبصره : تعهد و مسئوليت ضامنين با متعهد سند نسبت به انجام تعهدات و پرداخت خسارات مندرج در اين سند تضامني است و وزارت بهداشت می 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**

**محل امضا نماينده دانشگاه علوم پزشكي ( به نیابت )**