به نام خدا

فرم شماره ۲ :اخذ تعهد از پذیرفته‌شدگان منطقه ۱، رزمندگان و ایثارگران

اینجانب :

نام : ..... نام خانوادگی : ..... فرزند : ..... متولد سال : .....

دارای کد ملی/ شماره شناسنامه : ..... صادره از : ..... محل تولد : .....

ساکن : .....

که در گروه آزمایشی : ..... در آزمون سراسری سال ۱۴۰۵ در رشته : ..... (به جز رشته‌های بورسیه) در مقطع : ..... دانشگاه / مؤسسه آموزش عالی : ..... جزو متقاضیان سهمیه منطقه یک یا سایر سهمیه ها (به‌جز سهمیه مناطق ۲ و ۳) پذیرفته شده‌ام، در کمال میل و اختیار، ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملتزم می‌شوم که پس از گذراندن دوره تحصیلی در مقطع فوق، پس از تعیین تکلیف خدمت وظیفه عمومی، به مدت **یک برابر زمان تحصیل خود** در مناطقی که :

۱ـ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین می‌کند (برای رشته‌های تحصیلی گروه آموزش پزشکی)

۲ـ سازمان‌ها و ادارات دولتی و ارگان‌ها و نهادهای انقلاب اسلامی تعیین می‌کنند (برای سایر رشته‌ها)

در وهله اول در صورت نیاز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان‌ها و ادارات دولتی و ارگان‌ها و نهادهای انقلاب اسلامی (برحسب موارد ۱ و ۲) خدمت نمایم و در صورت عدم نیاز وزارتخانه‌ها یا سازمان‌های مذکور، در بخش خصوصی به تشخیص و معرفی وزارت کار و امور اجتماعی خدمت نمایم.

چنانچه ظرف یک سال پس از پایان تحصیل (بدون احتساب خدمت وظیفه عمومی) از انجام خدمت به نحو فوق استنکاف نمایم، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارتخانه‌های مربوطه مجاز و مختارند علاوه بر استرداد برابر هزینه‌های سرانه دانشجو در طول مدت تحصیل، از تحویل مدارک تحصیلی تا انجام خدمت مذکور خودداری نمایند.

مفاد این تعهد به معنی اجرای تعهد آموزش رایگان است و به موجب این تعهد ضمن عقد خارج لازم به وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارتخانه‌های مربوط وکالت می‌دهم در صورت تخلف از مفاد این تعهد و استنکاف از آن که خارج از حیطه اقتدار اینجانب نباشد، یک برابر هزینه‌های مصروفه سرانه دانشجو را در مدت تحصیل از اموال اینجانب برداشت نمایند .تشخیص وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارتخانه های ذی‌ربط در مورد کیفیت تخلف و میزان هزینه‌های مصروفه غیرقابل اعتراض بوده و صرف اعلام وزارتخانه‌های مذکور برای اینجانب قطعی و لازم‌الاجراست.

توضیح : برای رشته‌های گروه آموزشی پزشکی

۱ـ خدمات مزبور (تعهد) جزو خدمات قانونی گروه پزشکی محسوب می‌شود.

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

محل سکونت : .....

تاریخ : ...../...../.....

امضا و اثر انگشت: