به نام خدا

فرم شماره ۴: اخذ تعهد از پذیرفته‌شدگان رشته‌های گروه آموزشی پزشکی در سهمیه مناطق ۲ و ۳

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 : ..... در مقطع : ..... دانشگاه / مؤسسه آموزش عالی : ..... با استفاده از سهمیه منطقه ۲ □ 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 منطقه‌ای (در مجموع **دو برابر**) خدمت نمایم و به ترتیب اولویت در مناطق ذیل:

۱ـ شهرستان‌های واقع در سهمیه منطقه ثبت‌نامی در آزمون سراسری.

۲ـ مناطق محروم‌تر 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.

چنانچه ظرف یک سال پس از پایان تحصیل) بدون احتساب خدمت وظیفه عمومی (از انجام خدمت به نحو فوق استنکاف نمایم، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجاز و مختار است که نسبت به استرداد دو برابر هزینه‌های سرانه دانشجو 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 خواهم داد .به موجب 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 هزینه‌های مصروفه سرانه دانشجو را در مدت تحصیل 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 :

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

۲ـ تا زمان 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 :