**به نام خدا**

**فرم شماره 12**

**تاریخ......................**

**شماره.....................**

**فرمت سند تعهد پذيرفته شدگان مقطع دکتري عمومي**

**(سهميه مناطق محروم موضوع قانون اصلاح قانون برقراري عدالت آموزشي سال 1401 )**

**(مخصوص پذيرفته شدگان آزمون سراسري سال 1402 به بعد)**

نظر به اينکه مقرر شده، اينجانب ......................فرزند ............. به شماره ملي / شناسنامه ....................................، صادره از ........................... متولد ................ به آدرس ..........................................................................................................................کد پستي: .................................... که در آزمون به تاريخ ................................. با استفاده از سهميه مناطق محروم موضوع قانون برقراري عدالت آموزشي و اصلاحات بعدي آن در مقطع دکتری عمومی رشته تحصيلي ....................... در دانشگاه علوم پزشکي و خدمات بهداشتي درماني ارومیه پذيرفته شده ام، 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 پزشکي و قوانين و مقررات ثبت اسناد و آيين نامه اجراي مفاد اسناد رسمي و لازم الاجرا، و با آگاهي کامل از مقررات، در کمال صحت و با آزادي و اختيار کامل، متعهد و ملتزم هستم :

1. با رعايت کليه مقررات مربوط به دوره آموز شي و دانشگاه محل تحصيل در رشته ............................ تحصيل کرده و درجه دکتری عمومی را اخذ نمايم و در طول دوران تحصيل 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 به اتمام برسانم.

2. بلافاصله پس از فراغت از تحصيل، خود را به دانشگاه علوم پزشکي و خدمات بهداشتي درماني ارومیه معرفي کنم و بر اساس قانون اصلاح قانون برقراري عدالت آموزشي و ساير ضوابط و مقررات مصوب، **به ميزان 5/ 1 برابر** دوره تحصيلي مصوب بدون اعمال ضريب منطقه اي ، در مناطق محروم استان آذربایجان غربی خدمت نمايم.

**تبصره 1:** مستند به تبصره 2 ماده 2 قانون اصلاح قانون برقراري عدالت آموزشي در پذيرش دانشجو در دوره هاي تحصيلي انجام تعهدات و فعاليت پزشکي انتفاعي خارج از استان محل تعهد و نيز داير نمودن مطب و تأسيس داروخانه خارج از شهرستان محل تعهد و تحويل مدرك تحصيلي و ريز نمرات، صدور تأييديه تحصيلي و گواهينامه علمي تا قبل از اتمام تعهدات ممنوع است.

**تبصره 2:** مستند به تبصره ي 4 ماده واحده ي قانون اصلاح قانون برقراري عدالت آموز شي مصوب سال 1392 ادامه تحصيل اينجانب منوط به طي حداقل نيمي از تعهدات انجام شده خواهد بود.

3. در صورتي که به دلايل آموزشي، سياسي، 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 عمومي به هر دليل از انجام تعهد فوق الذکر استنکاف نمايم و يا بلافاصله پس از پايان دوره مجاز تحصيل، خود را، معرفي نکنم، يا به محل تعيين شده از سوي دانشگاه علوم پزشکي و خدمات بهداشتي درماني ارومیه و يا وزارت بهداشت جهت انجام خدمت مراجعه نکنم، و يا صلاحيت اشتغال به کار نداشته باشم و يا پس از شروع به کار به هر علتي از موسسه محل خدمت اخراج شوم و يا ترك خدمت کنم و به طور کلي چنانچه از هر يک از تعهداتي که طبق اين قرارداد (و مقررات مربوط) برعهده گرفته ام تخلف نمايم، متعهد مي شوم 22.365.000.000 ريال\* جريمه و خسارات ناشي از تأخير و يا عدم انجام خدمات مورد تعهد را به صورت يکجا و بدو ن هيچگونه قيد و شرطي به وزارت بهداشت بپردازم. تشخيص وزارت مزبور راجع به وقوع تخلف، کيفيت و کميت و ميزان هزينه ها و خسارات، قطعي و غيرقابل اعتراض است و موجب صدور اجرائيه از طريق دفترخانه خواهد بود.

**تبصره 1:** پس از تحقق استنکاف از انجام اين سند مبالغ به صورت ساليانه بر اساس استعلام از سازمان برنامه بودجه افزايش مي يابد.

**تبصره 2:** 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 که بعدا تًعيين شود) را مطالبه نمايد.

**تبصره 3 :** پرداخت جريمه جايگزين خدمت در محل تعهد نبوده و متعهد علاوه بر پرداخت آن متعهد به انجام تعهد قانوني بوده و همچنين پرداخت جريمه موجب استحقاق فرد به مطالبه دانشنامه و هرگونه مدارك تحصيلي از جمله ريزنمرات نخواهد گرديد و ارائه مدارك ياد شده صرفا پًس از انجام تعهدات قانوني و قراردادي موضوع اين سند امکانپذير است.

4. از آنجاکه اعطاي دانشنامه، صرفا بًا انجام تعهدات قانوني و قراردادي موضوع اين سند امکان 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 ريزنمرات به اينجانب اعطا نخواهد شد. همچنين تا اتمام تعهدات، سند تعهد اينجانب فسخ نخواهد گرديد.

5. ضمن اين سند شرط شد که وزارت بهداشت از طرف اينجانب وکيل است در صورت نقض هر يک از تعهدات موضوع اين سند، در اجراي ماده 18 دستورالعمل ساماندهي و تسريع در اجراي احکام مدني و ماده 19 قانون نحوه اجراي محکوميت هاي مالي نسبت به ممنوع الخدمات نمودن و انسداد حسابها و بازداشت اموال و دارايي اينجانب اقدام و طلب خود را از محل هاي مزبور وصول نمايد. اقدامات وزارت بهداشت در اين جهت قطعي و غير قابل اعتراض خواهد بود.

6. طرف تعهد در اين سند، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکي 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 پزشکي همواره حق دارد انجام اصل تعهدات در محل تعيين شده در سند و يا در هر محل ديگري را که صلاح ميداند از اينجانب درخواست نمايد.

7. ضمن اين سند شرط شد که وزارت بهداشت از طرف اينجانب در تشخيص تخلف از تعهدات فوق و تعيين ميزان خسارت و وصول آن، وکيل، 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 کند 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 هزينه هاي مذکور قطعي و غير قابل اعتراض و موجب صدور اجرائيه از طرف دفترخانه و يا مراجع قضايي خواهد بود.

8. نشاني اقامتگاه اينجانب، نشاني مندرج در اين سند است، و تمام ابلاغهاي ارسالي به اين محل، به منزله ابلاغ قانوني به اينجانب بوده، و چنانچه نشاني خود را تغيير دهم فوراً مراتب را به دفترخانه تنظيم کننده سند، دانشگاه محل خدمت و همچنين به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکي اطلاع خواهم داد، والا ابلاغ کليه اوراق و اخطاريه ها به محل تعيين شده در اين سند قطعي و غير قابل اعتراض از سوي اينجانب است.

**به منظور تضمين حسن اجراي تعهدات ناشي از اين سند اينجانبان:**

1. آقاي/ خانم................................ فرزند .......................... به شماره ملي / شناسنامه ............................................ شغل

................................ نشاني محل کار ..............................................................................................................................................

کدپستي محل کار ........................ نشاني محل سکونت .......................................................................................................................

کدپستي محل سکونت .........................

1. / خانم................................ فرزند ........... ............... به شماره ملي / شناسنامه ............................................ شغل

................................ نشاني محل کار .............................................................................................................................................

کدپستي محل کار ........................ نشاني محل سکونت .............................................................................................................

کدپستي محل سکونت .........................

با آگاهي کامل از تعهدات دانشجو، ضمن اين سند و بر مبناي ماده 10 قانون مدني متعهد مي شويم که تعهدات فوق الذکر دانشجو، تعهد اينجانبان بوده و ملتزم ميشويم، چنانچه دانشجوي مذکور، به تعهدات خود به شرح فوق الذکر عمل نکند و از هر يک از تعهدات فوق تخلف کند مطابق قانون اصلاح قانون برقراري عدالت آموزشي مستنکفين از انجام تعهدات، علاوه بر اعمال ممنوعيت هاي مقرر در تبصره 2 اين بند و درج در پرونده، مکلف به پرداخت جريمه نقدي به مبلغ 22.365.000.000 ريال هستم. جريمه نقدي تعيين شده در حکم سند لازم الاجرا بوده و از طريق واحد اجراي اسناد رسمي سازمان ثبت اسناد و املاك کشور قابل مطالبه است.

**تبصره:** تعهد و مسئوليت ضامنين با متعهد سند نسبت به انجام تعهدات و پرداخت خسارات مندرج در اين سند تضامني است و وزارت بهداشت مي تواند براي دريافت تمام يا بخشي از خسارت مستقيماً عليه هر يک 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 پزشکي (به نيابت)**

\* مبلغ خسارت توسط معاونت آموزشي وزارت متبوع اعلام مي شود.