**فرم شماره 15**

**تاریخ..............................**

**شماره.............................**

**فرمت سند تعهد موضوع آيين نامه اجرايي ماده واحده افزايش ظرفيت رشته هاي پزشکي و دندانپزشکي در مقطع دکتري عمومي مصوب جلسه 30 به تاريخ 26 / 04 / 1401 شوراي سنجش و پذيرش دانشجو**

اينجانب ........................ فرزند ............... به شماره شناسنامه ................، صادره از ........... داراي کد ملي شماره .................... متولد ................ ساکن ................................................................. کدپستي: .............................. که در آزمون سراسري ................................. با استفاده از سهميه موضوع آيين نامه اجرايي ماده واحده افزايش ظرفيت پزشکي در مقطع عمومي مصوب جلسه 30 مورخ 26 / 04 / 1401 شوراي سنجش و پذيرش دانشجو در مقطع دکتری عمومی رشته تحصیلی ................................ در دانشگاه علوم پزشکي و خدمات بهداشت درماني ارومیه پذيرفته شده ام، برابر مقررات و آيين نامه ها و دستورالعمل هاي وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و قوانين و مقررات ثبت اسناد و آيين نامه اجراي مفاد اسناد رسمي و لازم الاجرا، متعهد و ملتزم هستم :

1. با رعايت کليه مقررات مربوط به دوره آموزشي 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 ا دامه 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 وزارت بهداشت معرفي کنم و بر اساس موضوع آيين نامه اجرايي ماده واحده افزايش ظرفيت پزشکي در مقطع عمومي مصوب جلسه 30 مورخ 26 / 04 / 1401 شوراي سنجش و پذيرش دانشجو، به ميزان **يک و نيم برابر** مدت تحصيل، در مناطق محروم و کم برخوردار مورد نظر دانشگاه علوم پزشکي و خدمات بهداشتي درماني ارومیه و در صورت عدم نياز دانشگاه ياد شده در هر محلي که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکي، تعيين کند، خدمت نمايم.

 **تبصره 1:** با عنايت به اينکه اينجانب از قوانين و مقررات مربوطه دائر بر ممنوعيت خريد و جا به جايي تعهدات موضوع اين سند مطلع مي باشم، با علم و آگاهي کامل از اين موضوع، در محل تعيين شده خدمت خواهم نمود و در خلال انجام تعهد، اجازه فعاليت پزشکي در محل ديگري غير از محل تعيين شده براي انجام تعهد نخواهم داشت.

**تبصره 2 :** مستند به تبصره ي 1- 6 موضوع آيين نامه اجرايي ماده واحده افزايش ظرفيت پزشکي در مقطع عمومي مصوب جلسه 30 مورخ 26/04/1401 شوراي سنجش و پذيرش دانشجو اينجانب مجاز به ادامه تحصيل تا قبل از گذراندن نيمي از دوران تعهد نمي باشم. در صورت ادامه تحصيل دانش آموختگان اين سهميه در مقطع تخصص، بخش باقيمانده از دوره تعهد خدمت بايد پس از اتمام مقطع تخصص در محل خدمت دوره تعهد، انجام پذيرد. مدت تحصيل در دوره تخصص جزء مدت تعهد خدمت محسوب نخواهد شد.

3. 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 دکتری عمومی به هر دليل از انجام تعهد فوق الذکر استنکاف نمايم و يا بلافاصله پس از فراغت از تحصيل در سقف زماني مجاز، خود را معرفي نکنم، يا جهت انجام خدمت به محل تعيين شده از سوي دانشگاه ياد شده يا وزارت بهداشت 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 **دو برابر** کليه هزينه هاي انجام شده از سوي وزارت بهداشت و دانشگاه محل تحصيل (از جمله هزينه هاي تحصيل، اسکان، حقوق و مزاياي پرداختي، کمک هزينه تحصيلي و ...) و خسارات ناشي از عدم انجام خدمات مورد تعهد را به صورت يکجا و بدون 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:** پرداخت خسارات مقرر در اين بند، سبب معافيت اينجانب از انجام تعهد نمي شود و وزارت بهداشت علاوه بر دريافت وجه التزام يا خسارت ، اجراي اصل تعهد و انجام خدمت در محل تعيين شده در سند (يا هر محل ديگري که بعداً تعيين شود) را مطالبه خواهد نمود .

4. از آنجاکه اعطاي دانشنامه و هر گونه مدرك تحصيلي، صرفاً با انجام تعهدات قانوني و قراردادي موضوع اين سند امکانپذير است، پرداخت خسارت موجب استحقاق اينجانب به مطالبه دانشنامه و ساير مدارك تحصيلي از جمله ريزنمرات نخواهد گرديد و سند تعهد اينجانب کماکان به قوت خود باقي خواهد ماند.

 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 تعهد در محل تعيين شده در سند و يا در هر محل ديگري را که صلاح مي داند از اينجانب مطالبه 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 تا 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 مزبور 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 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 کننده سند، دانشگاه هاي محل تحصيل و محل خدمت اطلاع خواهم داد، و الا ابلاغ کليه اوراق و اخطاريه ها به محل تعيين شده در اين سند قطعي و غير قابل اعتراض از سوي اينجانب مي باشد.

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

آقاي/خانم ....................... فرزند ......................... به شماره شناسنامه ......................... داراي کد ملي شماره ......................... شغل ........................ نشانی محل کار ................................................................................... کدپستي محل کار ............................. نشاني محل سکونت ............................................................................ کدپستي محل سکونت ..................................

آقاي/خانم....................... فرزند ....................... به شماره شناسنامه ......................... داراي کدملي شماره ......................... شغل ........................... نشانی 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 مي شويم، چنانچه دانشجوي مذکور، به تعهدات خود به شرح فوق الذکر عمل نکند و از هر يک از تعهدات فوق تخلف کند و منظور وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، عملي نشود، نقض تعهد دانشجو به منزله نقض تعهد اينجانبان بوده و وزارت ياد شده، حق دارد، بدون هيچگونه تشريفات، به صرف اعلام به دفترخانه، در مورد تخلف از هر يک از تعهدات فوق، از طريق صدور اجرائيه **دو برابر** هزينه هاي انجام شده بابت دانشجو (به شرح فوق) به علاوه کليه خسارات وارده را، از اموال اينجانبان راساً استيفا کند و وزارت مزبور را وکيل خود در زمان حيات و و صي در زمان ممات قرار داديم تا نسبت به احراز تخلف از هر يک از تعهدات فوق و تعيين ميزان هزينه ها 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 مذکور قطعي و غيرقابل اعتراض و موجب صدور اجرائيه خواهد بود. وزارت مذکور مجاز است مطالبات خود را از محل حقوق و مزاياي دريافتي و يا هر محل ديگری از اموال و دارايي هاي اينجانبان وصول کند و اينجانبان متضامناً در برابر وزارت ياد شده متعهد به انجام تعهدات فوق و جبران خسارت و پرداخت مطالبات فوق هستيم.

**تبصره:** تعهد و مسووليت ضامنين با متعهد سند نسبت به انجام تعهدات و پرداخت خسارات مندرج در اين سند تضامني است و وزارت بهداشت نمي 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 عمليا ت 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 ضامنين**

**محل امضا وزارت بهداشت / نماينده دانشگاه علوم پزشکي (به نيابت)**