

فرم شماره نه

فرم تعهد محضری بهره‌مندی از ماموریت آموزشی اعضای هیات علمی

پذیرفته شدگان مقطع تخصص / مقطع فوق تخصص / دوره فلوشیپ

نظر به اینکه مقرر گردیده ، اینجانب فرزند به شماره شناسنامه ، صادره از
دارای کد ملی شماره متولد ساکن کد پستی :
..... که با هزینه دولت و استفاده از مزایای ماموریت آموزشی در مقطع در رشته
..... تحصیل نمایم ، برابر مقررات و آیین نامه های وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی که از مفاد آنها کاملاً آگاه و مطلع هستم ، به
موجب عقد خارج لازم متعهد و ملتزم می‌گردم :

۱. در مقطع / دوره رشته تحصیل کرده و مطابق ضوابط مربوطه دوره مذکور را به پایان
رسانده ، درجه را در رشته مذکور اخذ نمایم و کلیه مقررات مربوط به دوره آموزشی و دانشگاه
محل تحصیل را رعایت کنم ، و صرفاً به امر تحصیل اشتغال داشته و منحصراً در رشته ، مقطع تحصیلی و
دانشگاه تعیین شده ادامه تحصیل دهم و دوره تحصیلی معین شده را در مدت معمول و برابر مقررات آن با
موفقیت بگذرانم ، و حق تغییر رشته را از خود ساقط می‌کنم .

۲. بلافاصله پس از پایان دوره مجاز تحصیلی ، خود را به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
..... معرفی کنم و براساس قوانین و مقررات مربوط و ضوابط وزارت بهداشت ، درمان و
آموزش پزشکی ، علاوه بر تعهدات آموزش رایگان و تعهداتی که برابر قوانین موجود در جهت خدمت
کشور بر ذمه اینجانب می باشد و سایر تعهدات احتمالی که به موجب قرارداد بر عهده اینجانب قرار گرفته
است ، سه برابر مدتی که از مزایای ماموریت آموزشی استفاده نموده ام ، در دانشگاه علوم پزشکی
..... و در صورت عدم نیاز دانشگاه یاد شده ، در هر محلی که وزارت بهداشت درمان و آموزش
پزشکی تعیین نماید ، خدمت کنم.

۳. در صورتیکه به دلایل آموزشی ، سیاسی، و اخلاقی و غیره ، موفق به اتمام تحصیلات در مدت مقرر و
مطابق ضوابط آموزشی نگردم و و یا از ادامه تحصیل انصراف دهم و یا بعد از پایان دوره تخصصی به
هر دلیل از انجام تعهد فوق الذکر استنکاف نمایم و یا بلافاصله پس از پایان دوره مجاز تحصیل ، خود را

به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ، معرفی نکنم ، یا به محل تعیین شده از سوی دانشگاه علوم پزشکی یاد شده ، جهت انجام خدمت مراجعه نکنم ، و یا صلاحیت اشتغال به کار نداشته باشم و یا پس از شروع به کار به هر علتی از موسسه محل خدمت اخراج شوم و یا ترک خدمت کنم و به طور کلی چنانچه از هر یک از تعهداتی که طبق این قرارداد (و مقررات مربوط) برعهده گرفته ام تخلف نمایم ، متعهد می شوم سه برابر کلیه هزینه‌های انجام شده از سوی وزارت بهداشت و دانشگاه محل تحصیل (از جمله هزینه‌های تحصیل ، اسکان ، حقوق و مزایای پرداختی ، کمک هزینه تحصیلی ، هزینه کتاب و ...) و خسارات ناشی از عدم انجام خدمات مورد تعهد را به صورت یکجا و بدون هیچگونه قید و شرطی به وزارت بهداشت بپردازم . تشخیص وزارت بهداشت راجع به وقوع تخلف، کیفیت و کمیت و میزان هزینه‌ها و خسارات ، قطعی و غیرقابل اعتراض است و موجب صدور اجرائیه از طریق دفترخانه خواهد بود .

تبصره ۱ : خسارات مقرر در این بند ، سبب معافیت اینجانب از انجام تعهد نمی شود و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی می تواند علاوه بر دریافت وجه التزام یا خسارت ، اجرای اصل تعهد و انجام خدمت در محل تعیین شده در سند (یا هر محل دیگری که بعداً تعیین شود) را مطالبه نماید.

تبصره ۲ : پرداخت خسارت موجب استحقاق فرد به مطالبه دانشنامه و سایر مدارک تحصیلی از جمله ریزنمرات نخواهد گردید و ارائه مدارک یاد شده صرفاً پس از انجام تعهدات قانونی و قراردادی موضوع این سند امکان پذیر است .

۴. از آنجاکه اعطای دانشنامه ، صرفاً با انجام تعهدات قانونی و قراردادی موضوع این سند امکان پذیر است ، چنانچه به هر دلیل موفق به انجام تعهدات خود نگردم ، دانشنامه تحصیلی و یا هرگونه گواهی فراغت از تحصیل و مدرک تحصیلی و ریز نمرات به اینجانب اعطا نخواهد شد . همچنین تا اتمام تعهدات ، سند تعهد اینجانب فسخ نخواهد گردید .

۵. طرف تعهد در این سند ، وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی است . بنابراین موافقت دانشگاه با خرید تعهد یا استعفای اینجانب در قبال پرداخت خسارت موجب برائت اینجانب از انجام تعهدات مندرج در این سند نخواهد بود و وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی همواره حق دارد انجام اصل تعهدات در محل تعیین شده در سند و یا در هر محل دیگری را که صلاح می داند از اینجانب درخواست نماید .

۶. ضمن عقد خارج لازم شرط شد که وزارت بهداشت از طرف اینجانب در تشخیص تخلف از تعهدات فوق و تعیین میزان خسارت و وصول آن ، وکیل ، و در صورت فوت، وصی است ، تا نسبت به احراز و اثبات تخلف از موارد فوق و وصول خسارت از طرف اینجانب با خود توافق و مصالحه کند و در صورت توافق یا مصالحه هیچ ضرورتی به مراجعه به مقام قضائی یا مرجع دیگر جهت تعیین این موارد وجود نخواهد داشت . در هر حال تعیین هزینه ها توسط وزارت بهداشت ، قطعی و غیر قابل اعتراض و موجب صدور اجرائیه از طرف دفترخانه و یا مراجع قضایی خواهد بود .

۷. نشانی اقامتگاه اینجانب ، نشانی مندرج در این سند می باشد ، و تمام ابلاغ های ارسالی به این محل ، به منزله ابلاغ قانونی به اینجانب بوده ، و چنانچه نشانی خود را تغییر دهم فوراً مراتب را به دفترخانه تنظیم کننده سند ، دانشگاه محل خدمت و همچنین به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اطلاع خواهم داد ، و الا ابلاغ کلیه اوراق و اخطاریه ها به محل تعیین شده در این سند قطعی و غیر قابل اعتراض از سوی اینجانب می باشد .

به منظور تضمین حسن اجرای تعهدات ناشی از این سند اینجانبان :

آقای / خانم..... فرزند..... به شماره شناسنامه دارای کدملی شماره
 شغل نشانی محل کار کدپستی محل
 کار نشانی محل سکونت کدپستی محل سکونت
 و

آقای / خانم فرزند..... به شماره شناسنامه دارای کدملی شماره
 شغل نشانی محل کار کدپستی
 محل کار نشانی محل سکونت کدپستی محل
 سکونت و آقای / خانم..... فرزند..... به شماره شناسنامه
 دارای کدملی شماره شغل نشانی محل کار
 کدپستی محل کار نشانی محل سکونت
 کدپستی محل سکونت

با آگاهی کامل از تعهدات دانشجو ، ضمن عقد خارج لازم و بر مبنای ماده ۱۰ قانون مدنی متعهد می شویم که تعهدات فوق الذکر دانشجو ، تعهد اینجانبان بوده و ملتزم می شویم ، چنانچه دانشجوی مذکور ، به تعهدات خود به

شرح فوق الذکر عمل نکند و از هر یک از تعهدات فوق تخلف کند و منظور وزارت بهداشت، عملی نشود، نقض تعهد دانشجو به منزله نقض تعهد اینجانبان بوده و وزارت بهداشت، حق دارد، بدون هیچ گونه تشریفات، به صرف اعلام به دفترخانه، در مورد تخلف از هر یک از تعهدات فوق، از طریق صدور اجرائیه چهار برابر هزینه‌های انجام شده بابت دانشجو (به شرح فوق) به علاوه کلیه خسارات وارده را، از اموال اینجانبان راساً استیفا کند و ضمن عقد خارج لازم، وزارت بهداشت را وکیل خود در زمان حیات و وصی در زمان ممات قرار دادیم تا نسبت به احراز تخلف از هر یک از تعهدات فوق و تعیین میزان هزینه‌ها و خسارات و مطالبات از طرف اینجانبان با خود مصالحه نماید و با انجام مصالحه هیچ ضرورتی جهت مراجعه به مقام قضائی یا مرجع دیگر برای تعیین این موارد وجود نخواهد داشت و تعیین و تشخیص وزارت مذکور قطعی و غیر قابل اعتراض و موجب صدور اجرائیه خواهد بود. وزارت مذکور مجاز است مطالبات خود را از محل حقوق یا هر محل دیگری از اموال و دارایی‌های اینجانبان وصول کند و اینجانبان متضامناً در برابر وزارت مذکور متعهد به انجام تعهدات فوق و جبران خسارت و پرداخت مطالبات فوق هستیم.

تبصره: تعهد و مسئولیت ضامنان با یکدیگر و با متعهد سند نسبت به انجام تعهدات و پرداخت خسارات مندرج در این سند تضامنی است و وزارت بهداشت می‌تواند برای دریافت تمام یا بخشی از خسارت مستقیماً علیه هر یک از متعهد و ضامنین و یا در آن واحد علیه تمامی آنها اجرائیه صادر و عملیات اجرائی ثبتي را به منظور وصول مطالبات دولت و خسارات تعقیب نموده و یا نسبت به طرح دعوا اقدام نماید. این قرارداد بر مبنای ماده ۱۰ قانون مدنی بین طرفین قرارداد منعقد شده و بین طرفین لازم‌الاجرا است.

محل امضاء طرف قرارداد :

محل امضاء ضامن اول :

محل امضاء ضامن دوم :

محل امضاء ضامن سوم :

محل امضاء نماینده وزارت بهداشت / نماینده دانشگاه :