

ضمن تبریک به پذیرفته شدگان چهل و دومین دوره آزمون تخصصی بالینی سال تحصیلی 94 - 95
اعلام می‌دارد پذیرفته شدگان جهت ثبت نام با همراه داشتن اصل واسکن مدارک و فرمهای تکمیل شده ذیل
از تاریخ 94/6/14 لغایت 94/6/17 به معاونت آموزشی واحد تحصیلات تکمیلی مراجعه نمایند.

مدارک لازم جهت ثبت نام :

- 1- دوازده قطعه عکس 3x4 رنگی که در سال جاری گرفته شده باشد.
- 2- اصل شناسنامه و دو سری کپی از کلیه صفحات شناسنامه .
- 3- اصل و تصویر برگ پایان خدمت یا معافی (جهت آقایان) .
- 4- اصل دانشنامه و یا اصل گواهی فارغ التحصیلی دوره پزشکی عمومی که به تائید دانشگاه مربوطه رسیده باشد.
- 5- اصل مدارک تائیدیه استفاده کنندگان از سهمیه رزمندگان و ایثارگران از بالاترین مقام اجرائی.
- 6- اصل معرفی نامه و موافقتنامه رسمی مبنی بر اجازه شروع دوره دستیاری جهت پذیرفته شدگان کادر ثابت و رسمی نیروهای انتظامی از ارگان مربوطه در مورد کارکنان وزارتخانه و سازمانها و نهادهای دولتی از بالاترین مسئول اجرائی.
- 7- گواهی مرکز تأمین و توزیع نیروی انسانی و پیام آوران بهداشت مبنی بر معافیت و یا انجام طرح نیروی انسانی (حداکثر تا تاریخ 1391/6/31)
- 8- تعهد نامه رسمی مطابق فرمهای مربوطه برای مشمولین سهمیه مناطق محروم و متعهدین عام، فرم مذکور از سوی دانشگاه در اختیار پذیرفته شده قرار می‌گیرد. (دارندگان پروانه دائم نیم برابر و فاقدین یک برابر دوره آموزشی تعهد رسمی خواهند سپرد).
- 9- تسویه حساب صندوق رفاه دانشجویان (برای فارغ التحصیلان دانشگاههای وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی).
- 10- تصویر پروانه دائم پزشکی .

محل ثبت نام :

بلوار بسیج -ستاد مرکزی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان سمنان

معاونت آموزشی - واحد تحصیلات تکمیلی-فانم مسین پور

شماره تلفن تماس 0231-4445661



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی کشور

(شناسنامه دستیاریان)

1- نام و نام خانوادگی :

2- کد ملی :

3- نام پدر :

4- تاریخ تولد :

5- محل تولد :

6- شماره شناسنامه :

7- محل صدور :

8- جنس : ☐ مرد ☐ زن ☐ 9- ملیت :

10- دین :

11- وضعیت تأهل : مجرد ☐ متأهل ☐ 12- نام و نام خانوادگی همسر :

13- شغل همسر :

14- تعداد فرزندان :

15- وضعیت نظام وظیفه :

کارت پایان خدمت ☐ معافیت پزشکی ☐

معافیت کفالت دائم ☐ معافیت کفالت موقت ☐ معافیت تحصیلی ☐

کادر نیروهای نظامی و انتظامی ☐ اتباع بیگانه ☐ سایر موارد ☐

سوال های مربوط به دوره پزشکی عمومی :

16 (نوع پذیرش در کنکور سراسری :

آزاد ☐ مناطق ☐ جانبازان ☐ خانواده شهدا ☐ رزمندگان ☐ نهضت سواد آموزی ☐ عشایر ☐ آزادگان ☐

جهادگران ☐ سایر موارد ☐

17- سال ورود به دوره پزشکی عمومی 18- معدل کل دوره پزشکی عمومی

19- نمره آزمون پیش کارورزی 20- سال آزمون پیش کارورزی

21- فارغ التحصیل پزشکی عمومی از دانشگاه

22- سال فراغت از دوره پزشکی عمومی 23- شماره نظام پزشکی

24- رشته قبولی

سوال های مربوط به دوره دستیاری

25- نام دانشگاه در صورت انتقال نام دانشگاه قبلی و تاریخ انتقال

26- دوره قبولی ☐ و نمره قبولی ☐ 27- تاریخ شروع دوره / /

28- دستیار سال 29- رشته (در صورت تغییر تغییر رشته ، نام رشته قبلی و تاریخ تغییر رشته)

30- نوع پذیرش : آزاد ☐ سهمیه نفر اول ☐ 1% ☐ سهمیه رزمندگان، ایثارگران و خانواده شهداء ☐ مناطق محروم ☐ سهمیه

جانبازان و آزادگان ☐ سهمیه وزارتی ☐ انتقالی از خارج کشور ☐ اتباع بیگانه ☐ سایر موارد ☐

31- نوع تعهد سپرده شده : عام ☐ کادر ثابت و رسمی نیروهای نظامی و انتظامی و یا سایر سازمان های رسمی و دولتی ☐ نام محل مربوطه ☐ سهمیه

خانم ها سهمیه مازاد

32- آیا تا به حال وقفه تحصیلی داشته اید؟ بلی ☐ خیر ☐

33- اگر پاسخ مثبت است زمان آن چقدر است؟
34- در چه سالی مرخصی بدون مزایا ☐ مأموریت با ادامه تحصیل
همسر ☐ استعلاجی ☐ زایمان ☐ اخراج از سیستم آموزش تخصصی ☐ تأخیر در شروع دوره (جایگزینی، گزینش، با سایر موارد و) ☐

35- آیا تا به حال انصراف از تحصیل داشته اید؟ بلی ☐ خیر ☐

36- اگر پاسخ مثبت است، در چه رشته ای
37- در چه سالی (تاریخ)

38- آیا تا به حال مهمان شده اید؟ بلی ☐ خیر ☐

39- اگر پاسخ مثبت است، زمان آن چقدر است؟.....

40- در چه دانشگاهی و در چه بخشهایی

41- اطلاعات مربوط به آزمون های ارتقاء در صورت وجود :

ارتقاء	دوره	تاریخ	نمره درون دانشگاهی	نمره کتبی	نمره کل	نتیجه
۱ به ۲						قبول ☐ مردود ☐
۲ به ۳						قبول ☐ مردود ☐
۳ به ۴						قبول ☐ مردود ☐
۴ به ۴						قبول ☐ مردود ☐

42- عنوان پایان نامه

43- تاریخ تصویب تاریخ دفاع

44- آیا در هیچ آزمون ارتقایی سه دوره مردود شده اید؟ بلی ☐ خیر ☐
45- در چه سالی

46- آیا تا به حال تمدید دوره شده اید؟ بلی ☐ خیر ☐
47- در چه سالی

48- آیا دو ارتقاء همزمان داشته اید؟ بلی ☐ خیر ☐
49- اگر پاسخ مثبت است، در سال چندم

50- وضعیت انجام طرح نیروی انسانی : انجام داده ام ☐ انجام نداده ام ☐ معاف از طرح ☐

51- پروانه مطب ☐ پروانه دائم ☐ هیچکدام ☐

52- در تاریخ طرح یکماهه

53- تاریخ امتحان پره بردنتیجه تاریخ امتحان برد.....

نتیجه

54- آدرس محل سکونت : استان شهرستان بخش خیابان کوچه پلاک کد پستی تلفن
تلفن همراه

آدرس ایمیل :

توجه : تکمیل این فرم جهت شرکت در امتحانات ارتقاء و گواهینامه الزامی است ومسئولیت ارائه هرگونه اطلاعات نادرست صرفاً بعهده دستیار مربوطه می باشد.

محل امضاء دستیار

بهره‌تعاون



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان تهران

فرم تعهد نامه عدم اشتغال به کار

اینجانب پذیرفته شده در سال تحصیلی 13 - 13 مقطع تخصصی رشته

بدینوسیله اعلام می‌دارم که به عنوان کارمند رسمی در استخدام

می‌باشم . (دراستخدام هیچیک از سازمان های دولتی و یا وابسته به دولت نمی‌باشم).

بدیهی است در صورت احراز عدم صحت مراتب فوق دانشگاه می‌تواند از ادامه تحصیل اینجانب جلوگیری نماید.

نشانی محل کار

امضاء

نشانی محل سکونت :

شماره تلفن تماس در مواقع ضروری:

بسمه تعالی

تقاضای ثبت نام در دوره تخصصی بالینی پزشکی (دستپاری)

اینجانپ فرزند دارای شناسنامه صادره از متولد
متولد سال شمسی محل تولد در آدرس کامل در شهرستان محل سکونت :

(نشانی محل سکونت باید کاملاً دقیق و صحیح باشد و در صورت تغییر آن به واحد مربوطه اطلاع داده شود)

تقاضای ثبت نام در دوره دستپاری سال تحصیلی در رشته تخصصی آن دانشگاه را می نمایم و متعهد می شوم کلیه مقررات آموزشی و انضباطی دانشگاه را رعایت کنم .

امضاء تقاضا کننده

تاریخ :

برگ تقاضانامه برای بهره مندی از مزایای آموزش رایگان در دانشگاه ها و مؤسسات عالی کشور

ریاست دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سمنان

اینجانپ متولد سال دارنده شماره شناسنامه صادره از فرزند

که با اطلاع کامل از لایحه قانونی اصلاح مواد هفت و هشت قانون تأمین وسائل و امکانات تحصیلی اطفال و جوانان ایرانی که در جلسه مورخ 1359/2/12 شورای انقلاب جمهوری اسلامی ایران به تصویب رسیده است و قبول تکالیف و وظایف قانونی خود علاقمند هستم ، در سال تحصیلی از مزایای آموزش رایگان ، طبق قانون مذکور استفاده نمایم . تقاضا دارم دستور فرمائید نام اینجانپ را طبق مقررات ثبت نمایند.

امضاء دستپار:

تاریخ :

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
هیأت مرکزی گزینش دانشجو
فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون دستیاری
گروه پزشکی

دانشگاه محل تحصیل (دوره پزشکی عمومی): رشته تحصیلی: سال ورود: سال فارغ التحصیلی:

تذکرہ ۲: قسمتہایں کہ جواب ندارد یا خط تیرہ مشخص گردد.

تذکرہ ۳: مدار کی کہ باید پیوست شود: دو قطعه عکس، تصویر تمام صفحات شناسنامه و کارت ملی

نام خانوادگی:

نام:

تولد: دین: مذهب: وضعیت تاهل: وضعیت خدمت وظیفه:

تابعیت:..... نام و نام خانوادگی، قلمی:.....

نام و نام خانوادگی همسر: میزان تحصیلات همسر:

..... شغل و محل کار همسر: شغل پدر: شغل مادر:

آدرس محل زندگی والدین:

مقتضای استفاده از سهمیه: ☐ آزاد ☐ مربیان هیئت علمی ☐ رزمندگان و ایثارگران ☐

نام دانشگاه‌های محل تحصیل به صورت مهمان یا انتقالی :

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	میهمان یا انتقال
۱				
۲				
۳				

وضعیت اشتغال خدمت فطری و تعهدات قانونی:

نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	آدرس دقیق و تلفن
فعالیت فعلی				
طرح خارج از مرکز				

کیا اگر کسی صورت و برتن سے یہ لگتی نظر آئے کہ وہ نظامی لارم سے نصیر جیکم کا کرہی خود سے متعلقہ ہے

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه:

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	نهاد یا ارگان اعزام کننده	محل خدمت
۱				
۲				

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی:

ردیف	نام محل	استان	شهر	تاریخ شروع و خاتمه	نوع فعالیت	ارتباط
۱						
۲						

وابستگی درجه یک به خانواده شهید ☐ مقتود الاثر ☐ آزاده ☐ نام و نام خانوادگی ایشان.....

نسبت فامیلی شما باوی..... محل شهادت اسارت، مقتود شدن..... زمان.....

چنانچه جانباز می باشید درصد آن را بنویسید..... آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید ☐ بله ☐ خیر

مشخصات ۳ نفر از افراد مورد اطمینانی که شما را کاملاً می شناسند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند به ترتیب ذکر نمایید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	نحوه آشنایی	تلفن
۱					
۲					
۳					

نام سه نفر از اساتید دانشگاه محل تحصیل که شما را می شناسند ذکر نمایید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	دانشکده یا بیمارستان	گروه آموزشی
۱				
۲				
۳				

آدرسهای محل سکونت به طور دقیق نوشته شود:

	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه اقامت	تلفن
فصلی					
قلمی					

سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه پس از بازگشایی دانشگاهها یا هرگونه توقیف کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱				
۲				

چنانچه دارای وابستگی گروهکی می باشید با ذکر نوع فعالیت در یک سطر شرح دهید.....

شماره تلفن ضروری جهت تماس..... همراه..... E-MAIL.....

اینجانب..... داوطلب شرکت در آزمون دستپاری سال:..... دانشگاه علوم پزشکی..... این فرم را صادقانه و با دقت

تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته در صورت اثبات خلاف مطالب فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت.

تاریخ تکمیل فرم..... امضاء.....

مدارک لازم جهت تکمیل فرم تعهد محضری

مدارک لازم جهت ضامنین تعهد، ضمیمه اصل سند تعهد:

1 - آخرین حکم حقوقی

2 - آخرین فیش حقوقی

3 - تصویر کارت ملی و شناسنامه

لازم به یاد آوری است بر اساس دستور العمل 107/911/د مورخ 92/4/5 ضامنین می بایست از کارکنان رسمی قطعی شاغل دولت باشند

استفاده کننده از سهمیه ده درصد مازاد مناطق محروم «

نظر به اینکه مقرر گردیده ، اینجانب فرزند به شماره شناسنامه ، صادره از دارای کد ملی شماره متولد ساکن کد پستی : فارغ التحصیل مقطع عمومی رشته از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی که در آزمون پذیرش دستیاری تخصصی مورخ با استفاده از سهمیه بومی ، موضوع بند 3 ماده 1 قانون برقراری عدالت آموزشی مصوب سال 1389 در رشته تحصیلی تخصصی در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی پذیرفته شده‌ام ، با هزینه دولت در مقطع و رشته یاد شده تحصیل نمایم ، برابر مقررات و آیین نامه ها و دستورالعمل های وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و قوانین و مقررات ثبت اسناد و آیین نامه اجرای مفاد اسناد رسمی و لازم الاجرا ، ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملتزم هستم :

1. در رشته تخصصی تحصیل کرده و مطابق ضوابط مربوطه دوره مذکور را به پایان رسانده ، درجه تخصصی را در رشته مذکور اخذ نمایم و کلیه مقررات مربوط به دوره آموزش دستیاری و دانشگاه محل تحصیل را رعایت کنم ، و صرفاً به امر تحصیل پرداخته و منحصرأ 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 می کنم .

2. بلافاصله پس از پایان دوره مجاز تحصیلی تخصصی، خود را به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی معرفی کنم و بر اساس قوانین و مقررات مربوط، مصوبات نشست های شورای آموزش پزشکی و تخصصی و سایر ضوابط مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به میزان سه برابر مدت تحصیل ، در هر محلی که دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و در صورت عدم نیاز دانشگاه یاد شده در هر محلی که وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ، تعیین کند ، خدمت نمایم .

3. در صورتیکه به دلایل آموزشی ، سیاسی، و اخلاقی و غیره ، موفق به اتمام تحصیل در مدت مقرر و مطابق ضوابط آموزشی نگردم 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 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 دو برابر کلیه هزینه های انجام شده از سوی وزارت بهداشت و دانشگاه محل تحصیل (از جمله هزینه های تحصیل ، اسکان ، حقوق و مزایای پرداختی ، کمک هزینه تحصیلی 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 مزبور 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 1 : خسارات مقرر در این بند ، سبب معافیت اینجانب از انجام تعهد نمی شود و وزارت بهداشت 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 2 : پرداخت خسارت موجب استحقاق فرد به مطالبه دانشنامه و هرگونه 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 .

4. 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 .

5. 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 .

6. 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 ، نسبت به احراز و اثبات تخلف از موارد فوق و تعیین میزان 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 تشخیص وزارت در تعیین هزینه‌های مذکور قطعی و غیر قابل اعتراض و موجب صدور اجرائیه از طرف دفترخانه و یا مراجع قضایی خواهد بود .

7. 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 اخطاریه‌ها 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

با آگاهی کامل از تعهدات دانشجو ، ضمن عقد خارج لازم و بر مبنای ماده 10 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 دو برابر هزینه های 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 هزینه ها 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 دارایی های 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 می تواند 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 10 قانون مدنی بین طرفین قرارداد منعقد شده و بین طرفین لازم الاتباع است .

محل امضاء ضامن اول :

محل امضاء طرف قرارداد :

محل امضاء ضامن دوم :

نظر به اینکه مقرر گردیده ، اینجانب فرزند به شماره شناسنامه ، صادره از دارای کد ملی شماره متولد ساکن کد پستی : فارغ التحصیل مقطع عمومی رشته از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی که در آزمون پذیرش دستیار تخصصی مورخ در رشته تحصیلی تخصصی در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی پذیرفته شده‌ام با هزینه دولت در مقطع و رشته یاد شده تحصیل نمایم ، برابر مقررات قانونی و آیین نامه ها و دستورالعمل های وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و قوانین و مقررات ثبت اسناد و آیین نامه اجرای مفاد اسناد رسمی و لازم الاجرا ، و با آگاهی کامل از مقررات ، در کمال صحت و با آزادی و اختیار کامل ، ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملتزم می‌گردم :

1. در رشته تخصصی تحصیل کرده و مطابق ضوابط مربوطه دوره مذکور را به پایان رسانده ، درجه تخصصی را در رشته مذکور اخذ نمایم و کلیه مقررات مربوط به دوره آموزش دستیاری و دانشگاه محل تحصیل را رعایت کنم ، و صرفاً به امر تحصیل پرداخته و منحصرأ 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 .
2. بلافاصله پس از پایان دوره مجاز تحصیلی تخصصی، خود را به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معرفی کنم و بر اساس قوانین و مقررات مربوط، مصوبات نشست های شورای آموزش پزشکی و تخصصی و سایر ضوابط مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به میزان حداقل نیم و حداکثر تا دو برابر مدت تحصیل با احتساب ضرایب مربوطه ، در هر محلی که وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی تعیین کند ، خدمت نمایم .
3. در صورتیکه به دلایل آموزشی ، سیاسی، و اخلاقی و غیره ، موفق به اتمام تحصیلات در مدت مقرر و مطابق ضوابط آموزشی نگردم 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 وزارت بهداشت ، معرفی نکنم ، یا به محل تعیین شده از سوی وزارت بهداشت 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 دو 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 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 مزبور 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 1 : خسارات مقرر در این بند ، سبب معافیت اینجانب از انجام تعهد نمی شود و وزارت بهداشت 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 2 : پرداخت خسارت موجب استحقاق فرد به مطالبه دانشنامه و هرگونه 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 .

4. 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 .

5. 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 ، نسبت به احراز و اثبات تخلف از موارد فوق و تعیین میزان 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 تشخیص وزارت در تعیین هزینه‌های مذکور قطعی و غیر قابل اعتراض و موجب صدور اجرائیه از طرف دفترخانه و یا مراجع قضایی خواهد بود .

6. 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 اخطاریه‌ها 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
.....

با آگاهی کامل از تعهدات دانشجو ، ضمن عقد خارج لازم و بر مبنای ماده 10 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 دو برابر هزینه های 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 هزینه ها 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 دارایی های 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 می تواند 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 10 قانون مدنی بین طرفین قرارداد منعقد شده و بین طرفین لازم الاتباع است .

محل امضاء ضامن اول :

محل امضاء طرف قرارداد :

محل امضاء ضامن دوم :