«فرم تعهد محضری دستیاران تخصصی آزاد»

نظر به اینکه مقرر گردیده، اینجانب ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه .....، صادره از ..... دارای کد ملی شماره ..... متولد ..... ساکن .....

کدپستی : .....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 شده ام با هزینه دولت در مقطع و رشته یاد شده تحصیل نمایم، برابر قوانین و مقررات قانونی و آیین نامه ها و دستورالعملهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و قوانین و مقررات ثبت اسناد و آیین نامه اجرای مفاد اسناد رسمی و لازم الا جرا،و با آگاهی کامل از مقررات ، در کمال صحت و با آزادی و اختیار کامل ،متعهد و ملتزم میگردم:

۱-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 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 تخصصی، خود را به وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی معرفی کنم و بر اساس قوانین و مقررات مربوط، مصوبات نشستهای شورای آموزش پزشکی و تخصصی وسایر ضوابط مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به میزان نیم تا دو برابر مدت تحصیل بااحتساب ضرایب مربوطه، در هر محلی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین کند، خدمت نمایم

تبصره : مستند به تبصره ماده ٦ تصویب نامه ی شماره ۷٤٤٥۰/ت ۵۰۹۸۲ه مورخ ۱۳۹۳/۷/۱ ملتزم میگردم که در خلال انجام تعهدات امکان هر گونه فعالیت تشخیصی و درمانی خارج از مراکز تعیین شده توسط وزارت بهداشت،درمان و آموزش پزشکی را نخواهم داشت.

۳-در صورتیکه به دلایل آموزشی و اخلاقی 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 الذکراستنکاف 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 کارنداشته 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 میشوم 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 هزینه ها و خسارات، قطعی است و موجب صدور اجرائیه از طریق دفترخانه خواهد بود.

تبصره ۱ : خسارات مقرر در این بند، سبب معافیت اینجانب از انجام تعهد نمیشود و وزارت بهداشت میتواند علاوه بر دریافت وجه التزام یا خسارت ، اجرای اصل تعهد و انجام خدمت در محل تعیین شده در سند (یا هرمحل 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 سندامکانپذیر است.

۴- از آنجاکه اعطای دانشنامه، صرفا با انجام تعهدات قانونی و قراردادی موضوع این سند امکانپذیر است، چنانچه به هر دلیل موفق به انجام تعهدات خود نگردم، دانشنامه تحصیلی و یا هرگونه گواهی فراغت از تحصیل ومدرک تحصیلی و ریز نمرات به اینجانب اعطا نخواهد شد. همچنین تا اتمام تعهدات، سن د تعهد اینجانب فسخنخواهد گردید.

۵- ضمن این سند شرط شد که وزارت بهداشت از طرف اینجانب در تشخیص تخلف از تعهدات فوق و تعیین میزان خسارت و وصول آن، وکیل است تا 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 یامرجع دیگر جهت تعیین این موارد وجود نخواهد داشت. در هر حال تشخیص وزارت در تعیین هزینه های مذکورقطعی و موجب صدور اجرائیه از طرف دفترخانه و یا مراجع قضایی خواهد بود .

۶- نشانی اقامتگاه اینجانب، نشانی مندرج در این سند میباشد، و تمام ابلاغهای 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 از سوی اینجانب میباشد.

به منظور تضمین حسن اجرای تعهدات ناشی از این سند اینجانب

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 این سند و بر مبنای ماده ۱۰ قانون مدنی متعهد میشویم که تعهدات فوق الذکر دانش جو، تعهد اینجانب بوده و ملتزم میشویم، 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 اینجانب 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 اینجانب راساً استیفا کند و وزارت بهداشت را وکیل خود قرار داده 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 موجب صدور اجرائیه خواهد بود. وزارت مذکور مجاز است مطالبات خود را از محل حقوق یا هر محل دیگری از اموال و داراییهای اینجانب وصول کند و اینجانب متضامناً در برابر وزارت مذکور متعهد به انجام تعهدات فوق و جبران خسارت و پرداخت مطالبات فوق هستیم .

تبصره : تعهد و مسوولیت ضامن با متعهد سند نسبت به انجام تعهدات و پرداخت خسارات مندرج در این سند تضمینی است و وزارت بهداشت میتواند برای دریافت تمام یا بخشی از خسارت مستقیماً علیه هر یک از متعهد و ضامن و یا در آن واحد علیه تمامی آنها اجرائیه صادر و عملیات اجرائی ثبتی 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 لازم الاتباع است .

محل امضاء طرف قرارداد:

محل امضاء ضامن :

محل امضاء نماینده وزارت بهداشت / نماینده دانشگاه (به نیابت):