تاريخ: ............................................

شماره: ..........................................

فرم شماره 1

**به نام خدا**

**فرم‌ اخذ تعهد از فارغ‌التحصيلان‌ دانشگاه‌ها و مؤسسات‌ آموزش‌ عالي‌ داخل‌ و خارج ‌از كشور**

**و دانشجويان‌ فعلي‌ و انصرافي‌ دانشگاه‌ها و مؤسسات‌ آموزش‌ عالي‌ كشور**

اينجانب؛

نام ........................... نام‌خانوادگي .................................................. فرزند ........................... متولد سال ‌..................... داراي‌ کدملي/ شماره شناسنامه........................................................... صادره از ................................................... ساكن ..........................................‌ در آزمون‌ سراسري ‌سال 1404 در گروه ‌آزمايشي ..................................... در رشته ...................................... (کد ) دانشگاه / مؤسسه ‌آموزش عالي ............................................................................. پذيرفته‌ شده‌ام‌، متعهد مي‌شوم‌:

1- فارغ‌التحصيل‌ دانشگاه‌ها و مؤسسات‌ آموزش‌ عالي‌ داخل‌ و خارج‌ از كشور در مقطع‌ بالاتر:

الف) از مقطع كارداني ‌‌در رشته‌هاي تحصيلي گروه آموزش پزشكي فارغ‌التحصيل شده‌ام 🌕 نشده‌ام 🌕

ب) از مقطع كارشناسي در رشته‌هاي تحصيلي دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالي فارغ‌التحصيل شده‌ام 🌕 نشده‌ام 🌕

ج) دانشجوي‌ فعلي‌ یا اخراجي‌ دانشگاه‌ها و مؤسسات‌ آموزش‌ عالي‌ داخل‌ كشور مي‌باشم.‌ 🌕 نمي‌باشم‌ 🌕

د) قبل‌ از ثبت‌نام در رشته قبولی جدید، از تحصيل‌ در رشته قبلی خود انصراف‌ قطعي‌ حاصل‌ نموده‌ و گواهي‌ از مؤسسه ‌آموزش‌ عالي‌ ذيربط و اداره‌ كل‌ امور دانشجويان‌ مربوط را دريافت‌ داشته‌ام 🌕

**تبصره:** دانشجويان فعلي دوره روزانه، نوبت دوم (شبانه)،‌ نيمه حضوري و مؤسسات غيرانتفاعي دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالي كه از معافيت تحصيلي استفاده نمي‏كنند، مجاز بوده‌اند بدون ‌انصراف‌ از تحصيل در آزمون سراسري‌ ثبت‏نام و شركت نمايند. بديهي است در صورت قبولي در آزمون سراسري، اين‌دسته از متقاضیان‌ باید قبل از ثبت‏نام در رشته قبولي جديد، از رشته قبولي قبلي خود انصراف قطعي حاصل نموده و گواهي مربوط را به مؤسسه‌ ذيربط‌ ارائه نمايند. لازم به‌ توضيح ‌است‌ كه‌ اين‌‌‎دسته‌ از متقاضیان حق بازگشت و ادامه تحصيل در رشته قبولي قبلي خود را ندارند.

ضمناً در صورت‌ عدم‌ صحت‌ مطالب‌ فوق‌ اين‌ مؤسسه/ ‌دانشگاه‌ مي‌تواند از تحصيل‌ اينجانب‌ در هر مقطعي‌ از تحصيل‌ ممانعت‌ به عمل‌ آورده‌ و مطابق‌ مقررات‌ مربوطه‌ اقدام‌ نمايد.

**محل سكونت‌** : ...............................................................................................................................................................................................................................

تاريخ‌: ....................................

امضاء و اثر انگشت:

تاريخ: .............................................

شماره: ...........................................

فرم شماره 2

**به نام خدا**

**فرم‌ مخصوص ‌اخذ تعهد از پذيرفته‌شدگان‌ منطقه ‌1، رزمندگان و ايثارگران‌،**

**براي‌ همه‌ي ‌رشته‌ها در آزمون‌ سراسري‌ 1404**

**اينجانب‌**:

نام ‌.......................... نام‌خانوادگي‌ .................................................. فرزند .......................... متولد سال‌ ..................................... داراي کد ملي / ‌شماره‌‌شناسنامه ................................................... صادره ‌از ..................................... محل‌ تولد ........................... ساكن ................................................. كه‌ در گروه ‌آزمايشي ................................ در آزمون‌ سراسري سال 1404 در رشته........................................................ (**بجز رشته‌هاي بورسیه**) در مقطع ............................................. دانشگاه‌ / مؤسسه‌ آموزش‌ عالي ‌................................................................................................... جزو متقاضیان ‌سهميه‌ منطقه‌ يك‌ یا ساير سهميه‌ها (بجز سهميه‌ مناطق‌ 2 و 3) پذيرفته‌ شده‌ام‌ در كمال ‌ميل‌ و اختيار، ضمن‌ عقد خارج‌ لازم‌ متعهد و ملتزم‌ مي‌شوم‌ كه‌ پس‌ از گذراندن‌ دوره‌ تحصيلي‌ در مقطع‌ فوق‌ پس‌ از تعيين‌ تكليف‌ خدمت‌ وظيفه‌ عمومي‌ به مدت‌ **يك‌ برابر زمان‌ تحصيل‌** خود در مناطقي‌ كه‌:

1. وزارت‌ بهداشت‌، درمان‌ و آموزش‌ پزشكي‌ تعيين‌ مي‌كند (براي‌ رشته‌هاي‌ تحصيلي‌ گروه‌ آموزش‌ پزشكي‌).
2. سازمان‌ها و ادارات‌ دولتي‌ و ارگان‌ها و نهادهاي‌ انقلاب‌ اسلامي‌ تعيين‌ مي‌كنند (براي‌ ساير رشته‌ها).

در وهله‌ اول‌ در صورت‌ نياز وزارت‌ بهداشت‌، درمان‌ و آموزش‌ پزشكي‌، سازمان‌ها و ادارات‌ دولتي‌ و ارگان‌ها و نهادهاي‌ انقلاب‌ اسلامي‌ (بر حسب‌ موارد 1 و 2) خدمت‌ نمايم و در صورت‌ عدم‌ نياز وزارتخانه‌ها یا سازمان‌هاي‌ مذكور در بخش‌ خصوصي‌ به‌ تشخيص‌ و معرفي ‌وزارت‌ كار و امور اجتماعي‌ خدمت‌ نمايم‌. چنانچه‌ ظرف‌ يكسال‌ پس‌ از پايان‌ تحصيل‌ (بدون‌ احتساب‌ خدمت‌ وظيفه‌ عمومي‌) از انجام ‌خدمت‌ به نحو فوق‌ استنكاف‌ نمايم‌ وزارت‌ علوم، تحقيقات و فناوري و وزارتخانه‌هاي‌ مربوطه‌ مجاز و مختارند علاوه‌ بر استرداد برابر هزينه‌هاي‌ سرانه‌ دانشجو در طول‌ مدت‌ تحصيل،‌ از تحويل‌ مدارك‌ تحصيلي‌ تا انجام‌ خدمت‌ مذكور خودداري‌ نمايند. مفاد اين‌ تعهد به معني ‌اجراي‌ تعهد آموزش‌ رايگان‌ است و به‌ موجب‌ اين‌ تعهد ضمن‌ عقد خارج‌ لازم‌ به‌ وزارت علوم، تحقيقات و فناوري و وزارتخانه‌هاي‌ مربوط ‌وكالت‌ مي‌دهم‌ در صورت‌ تخلف‌ از مفاد اين‌ تعهد و استنكاف‌ از آن‌ كه‌ خارج‌ از حيطه‌ اقتدار اينجانب‌ نباشد يك‌ برابر هزينه‌هاي‌ مصروفه ‌سرانه‌ دانشجو را در مدت‌ تحصيل‌ از اموال‌ اينجانب‌ برداشت‌ نمايند. تشخيص‌ وزارت‌ علوم، تحقيقات و فناوري و وزارتخانه‌هاي‌ ذيربط در مورد كيفيت‌ تخلف‌ و ميزان‌ هزينه‌هاي‌ مصروفه‌ غيرقابل‌ اعتراض‌ بوده‌ و صرف‌ اعلام‌ وزارتخانه‌هاي‌ مذكور براي‌ اينجانب‌ قطعي‌ و لازم‌الاجراست‌.

**توضيح‌**: براي‌ رشته‌هاي‌ گروه‌ آموزشي‌ پزشكي‌

1. خدمات‌ مزبور (تعهد) جزو خدمات‌ قانوني‌ گروه‌ پزشكي‌ محسوب‌ مي‌شود.
2. تا انجام ‌تعهدات‌ مذكور در اين ‌تعهدنامه ‌حق ‌شركت‌ در درجات‌ تحصيلي‌ بالاتر را ندارم ‌مگر با موافقت ‌وزارت ‌بهداشت‌، درمان ‌و آموزش‌ پزشكي‌.

**محل سكونت‌** : ...............................................................................................................................................................................................................................

تاريخ‌: ....................................

امضاء و اثر انگشت:

تاريخ: .............................................

شماره: ...........................................

فرم شماره 3

**به نام‌ خدا**

**فرم‌ مخصوص‌ اخذ تعهد از پذيرفته‌‌شدگان ‌رشته‌هاي ‌مختلف‌ تحصيلي‌ (به‌ غير از رشته‌هاي ‌گروه ‌آموزش‌ ‌پزشكي‌) سهميه‌هاي مناطق‌ 2 و 3 در آزمون‌ سراسري‌ 1404**

**اينجانب‌**:

نام ‌.................. نام‌خانوادگي‌ ................................... فرزند ...................... متولد سال ‌.................. داراي کدملي / ‌شماره‌شناسنامه ....................................... صادره ‌از ............................ محل‌تولد ........................ ساكن .......................................... كه‌ در گروه ‌آزمايشي ........................... در آزمون‌ سراسري سال 1404 در رشته ............................ در مقطع ................... دانشگاه‌ / مؤسسه‌ آموزش‌ عالي ‌............................... با استفاده ‌از سهميه‌ منطقه 2🌕 / منطقه‌ 3🌕 پذيرفته‌ شده‌ام‌، با كمال‌ ميل‌ و اختيار ضمن‌ عقد خارج‌ لازم‌ متعهد و ملتزم‌ مي‌شوم‌ كه‌ پس‌ از گذراندن‌ دوره‌ تحصيلي‌ در مقطع‌ فوق‌ و بعد از تعيين تكليف خدمت وظيفه عمومي نسبت به انجام تعهد آموزش رايگان‌ به مدت‌ **يك برابر زمان‌ تحصيل‌** خود و همچنين تعهد سهميه خويش (در مجموع **دو برابر**) را به ترتيب‌ اولويت‌ در مناطق‌ ذيل‌:

1. شهرستان‌هاي‌ واقع‌ در سهميه‌ منطقه‌ ثبت‌نامي‌ در آزمون‌ سراسري‌.
2. ساير مناطق‌ به تشخيص وزارت علوم، تحقيقات و فناوري.

در وهله‌ اول‌ در صورت‌ نياز سازمان‌ها و ادارات‌ دولتي‌ و ارگان‌ها و نهادهاي‌ انقلاب‌ اسلامي‌ و در صورت‌ عدم‌ نياز سازمان‌ها و ارگان‌هاي‌ مذكور در بخش‌ خصوصي‌ به‌ تشخيص‌ و معرفي‌ وزارت‌ كار و امور اجتماعي‌ خدمت‌ نمايم‌. چنانچه‌ ظرف‌ يك‌سال‌ پس‌ از پايان‌ تحصيل‌ (بدون‌ احتساب‌ خدمت‌ وظيفه‌ عمومي‌) از انجام‌ خدمت‌ به نحو فوق‌ استنكاف‌ نمايم‌، وزارت‌ ‌علوم، تحقيقات و فناوري مجاز و مختار است‌ علاوه‌ بر استرداد دو برابر هزينه‌هاي‌ سرانه‌ دانشجو در طول‌ مدت‌ تحصيل‌ از تحويل ‌مدارك‌ تحصيلي‌ تا انجام‌ خدمت‌ مذكور خودداري‌ نمايد. مفاد اين‌ تعهد مانع‌ از اجراي‌ تعهد آموزش‌ رايگان‌ نبوده‌ و تعهد آموزش‌ رايگان ‌را پس‌ از اتمام‌ تعهد مذكور انجام‌ خواهم‌ داد. به‌ موجب‌ اين‌ تعهد ضمن‌ عقد خارج‌ لازم‌ به‌ وزارت‌ وكالت‌ مي‌دهم‌ در صورت‌ تخلف‌ از مفاد اين‌ تعهد و استنكاف‌ از آن‌ كه‌ خارج‌ از حيطه‌ اقتدار اينجانب‌ نباشد دو برابر هزينه‌هاي‌ مصروفه‌ سرانه‌ دانشجو را در مدت‌ تحصيل‌ از اموال‌ اينجانب‌ برداشت‌ نمايد. تشخيص‌ وزارت‌ ‌علوم، تحقيقات و فناوري در مورد كيفيت‌ تخلف‌ و ميزان‌ هزينه‌هاي‌ مصروفه ‌غيرقابل‌ اعتراض‌ بوده‌ و صرف‌ اعلام‌ وزارت‌ مذكور براي‌ اينجانب‌ قطعي‌ و لازم‌الاجراست‌.

**محل سكونت‌** : ...............................................................................................................................................................................................................................

تاريخ‌: ....................................

امضاء و اثر انگشت:

فرم شماره 5

تاريخ: ..............................................

شماره: .............................................

به نام‌ خدا

**فرم اخذ تعهد از پذيرفته‌شدگان سهميه 100 درصد بومي**

**آزمون سراسري سال** 1404 **با سهميه مناطق 2 و 3 (موضوع سهميه بومي استان/بومي شهري)**

نظر به اينكه مقرر شده، اينجانب ......................................... فرزند ...................... به شماره‌ ملی / شناسنامه ........................................ صادره از ..................... متولد ................ ساكن ......................................................................................................................................... كدپستي: ....................................... با استفاده از سهميه منطقه2/منطقه3 در مقطع تحصيلي ............................. رشته تحصيلي ................................................ در دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ......................................... تحصيل نمايم، برابر مقررات و آيين‌نامه‌هاي وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي و دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ......................... كه از مفاد آنها كاملاً آگاه و مطلع هستم، به موجب عقد خارج لازم متعهد و ملتزم مي‌­شوم:

در مقطع ................... رشته ............................................... تحصيل كرده و مطابق ضوابط مربوطه دوره مذكور را به پايان رسانده، درجه ....................... را در رشته مذكور اخذ نمايم و همه مقررات مربوط به دوره آموزشي و دانشگاه محل تحصيل را رعايت كنم، و صرفاً به امر تحصيل و كارهاي علمي اشتغال داشته و 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 بگذرانم، و حق تغيير رشته را از خود ساقط مي‌كنم.

بلافاصله پس از پايان دوره مجاز تحصيلي، خود را به دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ................................... معرفي كنم و بر اساس قوانين و مقررات مربوط و ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي، علاوه بر خدمات موضوع قانون خدمت پزشكان و پيراپزشكان، دو برابر مدت تحصيل در دانشگاه علوم پزشكي ............................................ و در صورت عدم نياز دانشگاه ياد شده، در هر محلي كه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي تعيين نمايد، خدمت كنم.

در صورتي که به دلايل آموزشي، سياسي، و اخلاقي و غيره، موفق به اتمام تحصيلات در مدت مقرر و مطابق ضوابط آموزشي نشوم یا از ادامه تحصيل انصراف دهم یابعد از پايان دوره ................................... به هر دليل از انجام تعهد فوق‌الذكر استنكاف نمايم یا بلافاصله پس از پايان دوره مجاز تحصيل، خود را به دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ...................................... معرفي نكنم، يا به محل تعيين شده از سوي دانشگاه علوم پزشكي ياد شده جهت انجام خدمت مراجعه نكنم، یا صلاحيت اشتغال به كار نداشته باشم یا پس از شروع به كار به هر علتي از مؤسسه محل خدمت اخراج شوم یا ترك خدمت كنم و به طور كلي چنانچه از هر يك از تعهداتي كه طبق اين قرارداد (و مقررات مربوط) برعهده گرفته‌ام تخلف نمايم، متعهد مي‌شوم دو برابر همه هزينه‌هاي انجام شده از سوي وزارت بهداشت و دانشگاه محل تحصيل (از جمله هزينه‌هاي: تحصيل، اسكان، حقوق و مزاياي پرداختي، ‌كمك هزينه تحصيلي، هزينه كتاب و ...) و خسارات ناشي از عدم انجام خدمات مورد تعهد را به صورت يك­جا و بدون هيچ­گونه قيد و شرطي به وزارت بهداشت بپردازم. تشخيص دانشگاه علوم پزشكي ........................................... راجع به وقوع تخلف، كيفيت و كميت و ميزان هزينه‌ها و خسارات، ‌قطعي و غيرقابل اعتراض است و موجب صدور اجرائيه از طريق دفترخانه خواهد بود.

تبصره: خسارات مقرر در اين بند، سبب معافيت اينجانب از انجام تعهد نمي‌شود و وزارت بهداشت مي‌تواند علاوه بر دريافت وجه‌ التزام يا خسارت، اجراي اصل تعهد و انجام خدمت در محل تعيين شده در سند (يا هر محل ديگري كه بعداً تعيين شود) را مطالبه نمايد.

اعطاي دانشنامه، صرفاً با انجام تعهدات قانوني و قراردادي موضوع اين سند امكان‌پذير است و چنانچه به هر دليل موفق به انجام تعهدات خود نشوم، دانشنامه تحصيلي یاهرگونه گواهي فراغت از تحصيل و مدرك تحصيلي و ريز نمرات به اينجانب اعطا نخواهد شد. همچنين تا اتمام تعهدات، سند تعهد اينجانب فسخ نمي‌شود.

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

ضمن عقد خارج لازم شرط شد كه وزارت مزبور از طرف اينجانب در تشخيص تخلف از تعهدات فوق و تعيين ميزان خسارت و وصول آن، وكيل،‌ و در صورت فوت‌، ‌وصي است تا نسبت به احراز و اثبات تخلف از موارد فوق و وصول خسارت از طرف اينجانب با خود توافق و مصالحه كند 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 تعيين هزينه‌ها توسط وزارت بهداشت، قطعي و غيرقابل اعتراض و موجب صدور اجرائيه از طرف دفترخانه یا مراجع قضايي خواهد بود.

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 كننده سند، دانشگاه‌ محل خدمت و همچنين وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي اطلاع خواهم داد، و الا ابلاغ همه اوراق و اخطاريه‌ها به محل تعيين شده در اين سند ‌قطعي و غيرقابل اعتراض از سوي اينجانب است.

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

1- آقاي/خانم .................................... فرزند ............................... به شماره‌شناسنامه ............................. داراي كدملي شماره .................................. شغل ............................... نشاني محل كار ....................................................................................... كدپستي محل كار .................................... نشاني محل سكونت ............................................................................................................................... كدپستي محل سكونت ...................................

2- آقاي/خانم .................................... فرزند ............................... به شماره‌شناسنامه ............................. داراي كدملي شماره .................................. شغل ............................... نشاني محل كار ....................................................................................... كدپستي محل كار .................................... نشاني محل سكونت ............................................................................................................................... كدپستي محل سكونت ................................... و

با آگاهي كامل از تعهدات دانشجو، ضمن عقد خارج لازم و بر مبناي ماده 10 قانون مدني متعهد مي‌شويم كه تعهدات فوق‌الذكر دانشجو، تعهد اينجانبان بوده و ملتزم مي‌شويم، چنانچه دانشجوي مذكور، به تعهدات خود به شرح فوق‌الذكر عمل نكند و از هر يك از تعهدات فوق تخلف كند و منظور وزارت بهداشت، عملي نشود، نقض تعهد دانشجو به منزله نقض تعهد اينجانبان بوده و وزارت بهداشت، حق دارد بدون هيچ‌گونه تشريفات، به صرف اعلام به دفترخانه، در مورد تخلف از هر يك از تعهدات فوق، از طريق صدور اجرائيه دو برابر هزينه‌هاي انجام شده بابت دانشجو (به شرح فوق) به علاوه همه خسارات وارده را، از اموال اينجانبان راساً استيفا كند و ضمن عقد خارج لازم، وزارت بهداشت را وكيل خود در زمان حيات و وصي در زمان ممات قرار داديم تا نسبت به احراز تخلف از هر يك از تعهدات فوق و تعيين ميزان هزينه‌ها 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 مذكور قطعي و غير قابل اعتراض و موجب صدور اجرائيه خواهد بود. وزارت مذكور مجاز است مطالبات خود را از محل حقوق یاهر محل ديگري از اموال و دارايي‌هاي اينجانبان وصول كند و اينجانبان متضامناً در برابر وزارت مذكور متعهد به انجام تعهدات فوق و جبران خسارت و پرداخت مطالبات فوق هستيم.

تبصره: تعهد و مسئوليت ضامنان با يكديگر و با متعهد سند نسبت به انجام تعهدات و پرداخت خسارات مندرج در اين سند تضامني است و دانشگاه مزبور مي‌تواند براي دريافت تمام يا بخشي از خسارت مستقيماً عليه هر يك از متعهد و ضامنين یادر آن واحد عليه تمامي آنها اجرائيه صادر و عمليات اجرائي ثبتي را به منظور وصول مطالبات دولت و خسارات تعقيب نموده یانسبت به طرح دعوا اقدام نمايد. اين قرارداد بر مبناي ماده 10 قانون مدني بين طرفين قرارداد منعقد شده و بين طرفين لازم‌الاتباع است.

محل امضاء طرف قرارداد

محل امضاء ضامنين

محل امضاء وزارت بهداشت/ نماينده دانشگاه علوم پزشكي (به نيابت)

فرم شماره 6

تاريخ: .............................................

شماره: ...........................................

**به نام‌ خدا**

**فرم مغايرت عكس داوطلب با چهره عكس الصاق شده بر روي فرم اطلاعات قبولي در آزمون سراسري سال 1404**

**(اين فرم باید توسط شخص دانشجو تكميل شود)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نام و نام‌خانوادگي:** | **نام پدر:** | **سال تولد:** |
| **شماره‌شناسنامه:** | **كد ملي:** | **شماره داوطلبي:** |

**اظهارات داوطلب:**

**................................................................................................................................................................................................................................................**

**................................................................................................................................................................................................................................................**

**................................................................................................................................................................................................................................................**

**................................................................................................................................................................................................................................................**

**................................................................................................................................................................................................................................................**

**................................................................................................................................................................................................................................................**

**................................................................................................................................................................................................................................................**

**محل سكونت‌** : ...............................................................................................................................................................................................................................

**تلفن تماس: ....................................................................**

|  |  |
| --- | --- |
| **امضاءداوطلب:** | **اثر انگشت داوطلب:** |

**اين فرم لازم است پس از تكميل و امضاء داوطلب، به همراه يك قطعه عكس بصورت رسمي به اين سازمان ارسال شود.**

فرم شماره 7

تاريخ: ..............................................

شماره: ..............................................

**به نام‌ خدا**

**فرم اخذ تعهد از پذيرفته‌‌شدگان سهميه استان‌هاي محروم در آزمون سراسري در اجراي مصوبه**

**شوراي عالي انقلاب فرهنگي**

اينجانب .......................................... فرزند ................................. متولد سال .................... داراي شماره ملی / ‌شناسنامه ............................................ صادره از ........................ ساكن ................................... كه ‌در آزمون‌ سراسري ‌سال 1404با استفاده ‌از سهميه استان‌هاي ‌محروم و در اجراي مصوبه شوراي عالي انقلاب فرهنگي در رشته ........................................... (كد ) دانشگاه / مؤسسه آموزش عالي ................................................... پذيرفته شده‌ام، متعهد مي­شوم پس از فراغت از تحصيل **سه برابر طول مدت** **تحصيل** در استان ذيربط با توجه به نياز اعلام شده از سوي دانشگاه علوم پزشكي خدمت نمايم. ضمناً تعهد مي‌نمايم بر اساس ضوابط اعلام شده در دفترچه راهنماي انتخاب رشته‌هاي ‌تحصيلي دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالي، نسبت به تكميل فرم مخصوص و تحويل آن به دانشگاه محل قبولي و دريافت معرفي‌نامه براي درج در پرونده قبل از نيمسال دوم سال تحصيلي جاري اقدام نمايم. بديهي است در صورت عدم انجام تعهد، آن دانشگاه / مؤسسه آموزش عالي مي‌تواند برابر مقررات مربوط از تحويل مدارك تحصيلي یا صدور هر نوع گواهي فراعت از تحصيل براي ادامه تحصيل یا اشتغال در غير از محل مورد تعهد و همچنين از ادامه تحصيل اينجانب در هر مقطع از تحصيل اقدام نمايد.

**محل سكونت‌** : ...............................................................................................................................................................................................................................

تاريخ: امضاء و اثر انگشت:

**. ...................................................................................................................................... ......................... ................................. ✂**

فرم شماره 8

تاريخ: ............................................

شماره: ...........................................

**به نام‌ خدا**

**فرم‌ اخذ تعهد از دارندگان‌ مدرك‌ كارداني‌ «داوطلبان مرد» پذيرفته ‌‌شده‌ در رشته‌هاي تحصيلي‌ مربوط در گروه ‌ذيربط‌ در آزمون‌ سراسري (براي دانش‌آموختگان‌ دوره‌ كارداني دانشگاه‌ها و مؤسسات‌ آموزش عالي و همچنين دوره كارداني نظام جديد)**

اينجانب ....................................................... فرزند ......................................... به‌ شماره ملی / ‌‌شناسنامه ............................................. كه‌ در مقطع‌ فوق ‌ديپلم ‌(كارداني‌) دانشگاه‌ها و مؤسسات ‌آموزش‌ ‌عالي ‌یا دانشگاه ملي مهارت حداكثر تا تاريخ 31/06/1404 از مؤسسه / دانشگاه ............................................ در رشتـه ‌........................................................... فارغ‌التحصيل‌ مي‌شوم و در آزمون‌ سراسري‌ سال .................... در گروه‌ آزمايشي ‌................... در رشته‌ ...................................................... مؤسسه‌/ دانشگاه ‌................................................... پذيرفته شدم، متعهد مي‌شوم‌:

1. فارغ‌التحصيل (حداكثر تا تاريخ 31/06/1404) دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالي یا دوره كارداني نظام جديد دانشگاه ملي مهارت هستم كه گواهي مربوط را از مؤسسه آموزش عالي ذيربط دريافت و ارائه مي‌نمايم.
2. از آنجائيكه‌ پس‌ از شركت‌ در آزمون‌ سراسري‌ به‌ خدمت‌ اعزام‌ شده‌ام‌ و دفترچه‌ آماده ‌به خدمت‌، تاريخ‌ اعزام ‌.............................. اينجانب‌ است و متعهد مي‌شوم‌ با توجه‌ به‌ اينكه‌ در رشته‌ تحصيلي‌ مربوط در گروه آزمايشي يا مطابق‌ ذيربط در مقطع‌ بالاتر از كارداني‌ پذيرفته‌ شده‌ام‌، به نحوي‌ در مقاطع‌ بالاتر فارغ‌التحصيل‌ شوم‌ كه‌ حداكثر طول‌ مدت‌ تحصيلم‌ از كارداني‌ به‌ مقاطع‌ بالاتر 2 سال ‌كمتر از طول‌ مدت‌ تحصيل‌ در رشته‌ قبولي‌ طبق‌ ضوابط وزارت‌ علوم، تحقيقات و فناوري باشد.

بديهي است در صورت عدم موافقت نظام وظيفه با تحصيل در رشته قبولي جديد، آن‌ مؤسسه /‌ دانشگاه‌ مي‌تواند از ادامه‌ تحصيل‌ اينجانب‌ در هر زمان ‌در طول تحصيل‌ ممانعت‌ به عمل‌ آورده‌ و مطابق ‌مقررات‌ مربوط اقدام‌ نمايد.

**محل سكونت‌** : ...............................................................................................................................................................................................................................

تاريخ‌: ....................................

امضاء و اثر انگشت:

**به نام‌ خدا**

فرم شماره 9

تاريخ: .........................................

شماره: ........................................

**فرم معرفي دانشجويان كارمند براي ثبت‌نام و ادامه تحصيل در دانشگاه**

به:

از:

با سلام و احترام

با توجه به اينكه آقاي / خانم ...................................................... كارمند رسمي قطعي 🌕 رسمي آزمايشي 🌕 پيماني 🌕

سازمان ..................................................................... در مقطع .......................................... رشته تحصيلي ............................................... (كد ) سال ...................................... آن دانشگاه پذيرفته‌ شده است و با آگاهي از اينكه تحصيل نامبرده در آن دانشگاه بصورت تمام وقت است، بدينوسيله موافق بدون قيد و شرط اين سازمان / وزارت را با ثبت‌نام و ادامه تحصيل ايشان اعلام مي‌نمايد. ضمنا حكم مرخصي 🌕 حكم ماموريت 🌕 نامبرده تا تاريخ ........................................... ارسال خواهد شد.

محل مهر و امضاء بالاترين مقام اداري

فرم شماره 10

تاريخ: .........................................

شماره: ........................................

به نام خدا

**فرم اخذ تعهد از پذيرفته‌‌شدگان داراي تناقض نوع ديپلم و معدل كتبي نهايي ديپلمه‌هاي دوره نظري، نوع ديپلم و معدل کل مربوط به ديپلمه‌هاي نظام قديم، فني و حرفه‌اي و کاردانش در آزمون سراسري سال 1404**

**(رشته‌هاي تحصيلي پذيرش صرفاً بر اساس سوابق تحصيلي** ـ **بدون آزمون)**

اينجانب‌:

نام ‌.......................... نام‌خانوادگي‌ ............................. فرزند ......................... متولد سال‌ .................. داراي کدملي / ‌شماره‌شناسنامه .......................................

صادره ‌از .................................... محل‌ تولد .................................... ساكن .............................................. كه‌ در گروه ‌آزمايشي ............................... در آزمون‌ سراسري سال 1404 در رشته .............................................. در مقطع ............................. دانشگاه‌ / مؤسسه‌ آموزش‌ عالي ‌............................................... داراي ديپلم كامل متوسطه در رشته ............................... نظام آموزشي ......................... پذيرفته شده‌ام:

بدينوسيله ضمن‌ مطالعه دقيق بندهاي‌ ذيل ‌نسبت‌ به ‌امضاء و رعايت مفاد آن‌ متعهد مي‌شوم:

از آنجائيكه معدل كتبي / کل ديپلم (نظام قديم يا نظام جديد آموزش متوسطه) اعلام شده به سازمان سنجش آموزش كشور مربوط به اينجانب با معدل كتبي / کل ديپلم در مدارك تحصيلي داراي اختلاف است، لذا ‌متعهد مي‌شوم كه هيچ‌گونه اعتراضي به ‌دانشگاه ‌محل‌ قبولي مبني بر عدم ثبت‌نام و همچنين ‌نسبت‌ به زمان و نتيجه ‌بررسي ‌معدل كتبي توسط‌ سازمان سنجش آموزش كشور (اعم از عدم تغيير در رشته قبولي ‌اعلام شده، تغيير در كدرشته قبولي یا **لغو** قبولي) نداشته باشم.

متعهد مي‌شوم كه اظهارات درج شده در اين فرم عين واقعيت بوده و در صورت اثبات خلاف آن، سازمان سنجش آموزش كشور مجاز است مطابق با قوانين مربوط با اينجانب برخورد نمايد. اسناد مربوط به اثبات صحت معدل كتبي ديپلم، در صورت قبولي مجدد توسط اينجانب به دانشگاه محل قبولي تسليم مي‌شود. در غير اينصورت قبولي مجدد نيز **لغو** خواهد شد.

معدل كتبي / کل ديپلم (نادرست) مندرج در فايل قبولين: ...................................................................

معدل كتبي / کل ديپلم (صحيح) مندرج در گواهي یا كارنامه تحصيلي: .............................................................

تاريخ تكميل فرم: .................................................

تلفن ثابت: .........................................................................

تلفن همراه: ....................................................................

**محل سكونت‌** : ...............................................................................................................................................................................................................................

تاريخ‌: ....................................

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

1- آقاي/خانم .................................... فرزند ............................... به شماره‌شناسنامه ............................. داراي كدملي شماره .................................. شغل ............................... نشاني محل كار ....................................................................................... كدپستي محل كار .................................... نشاني محل سكونت ............................................................................................................................... كدپستي محل سكونت ...................................

2- آقاي/خانم .................................... فرزند ............................... به شماره‌شناسنامه ............................. داراي كدملي شماره .................................. شغل ............................... نشاني محل كار ....................................................................................... كدپستي محل كار .................................... نشاني محل سكونت ............................................................................................................................... كدپستي محل سكونت ................................... و

با آگاهي كامل از تعهدات دانشجو، ضمن عقد خارج لازم و بر مبناي ماده 10 قانون مدني متعهد مي‌شويم كه تعهدات فوق‌الذكر دانشجو، تعهد اينجانبان بوده و ملتزم مي‌شويم، چنانچه دانشجوي مذكور، به تعهدات خود به شرح فوق‌الذكر عمل نكند و از هر يك از تعهدات فوق تخلف كند و منظور وزارت بهداشت عملي نشود، نقض تعهد دانشجو به منزله نقض تعهد اينجانبان بوده و وزارت بهداشت، حق دارد بدون هيچ‌گونه تشريفات، به صرف اعلام به دفترخانه، در مورد تخلف از هر يك از تعهدات فوق، از طريق صدور اجرائيه دو برابر هزينه‌هاي انجام شده بابت دانشجو (به شرح فوق) به علاوه همه خسارات وارده را، از اموال اينجانبان راساً استيفا كند و ضمن عقد خارج لازم، وزارت بهداشت را وكيل خود در زمان حيات و وصي در زمان ممات قرار داديم تا نسبت به احراز تخلف از هر يك از تعهدات فوق و تعيين ميزان هزينه‌ها 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 مذكور قطعي و غير قابل اعتراض و موجب صدور اجرائيه خواهد بود. وزارت مذكور مجاز است مطالبات خود را از محل حقوق و مزاياي دريافتي یاهر محل ديگري از اموال و دارايي‌هاي اينجانبان وصول كند و اينجانبان متضامناً در برابر وزارت مذکور متعهد به انجام تعهدات فوق و جبران خسارت و پرداخت مطالبات فوق هستيم.

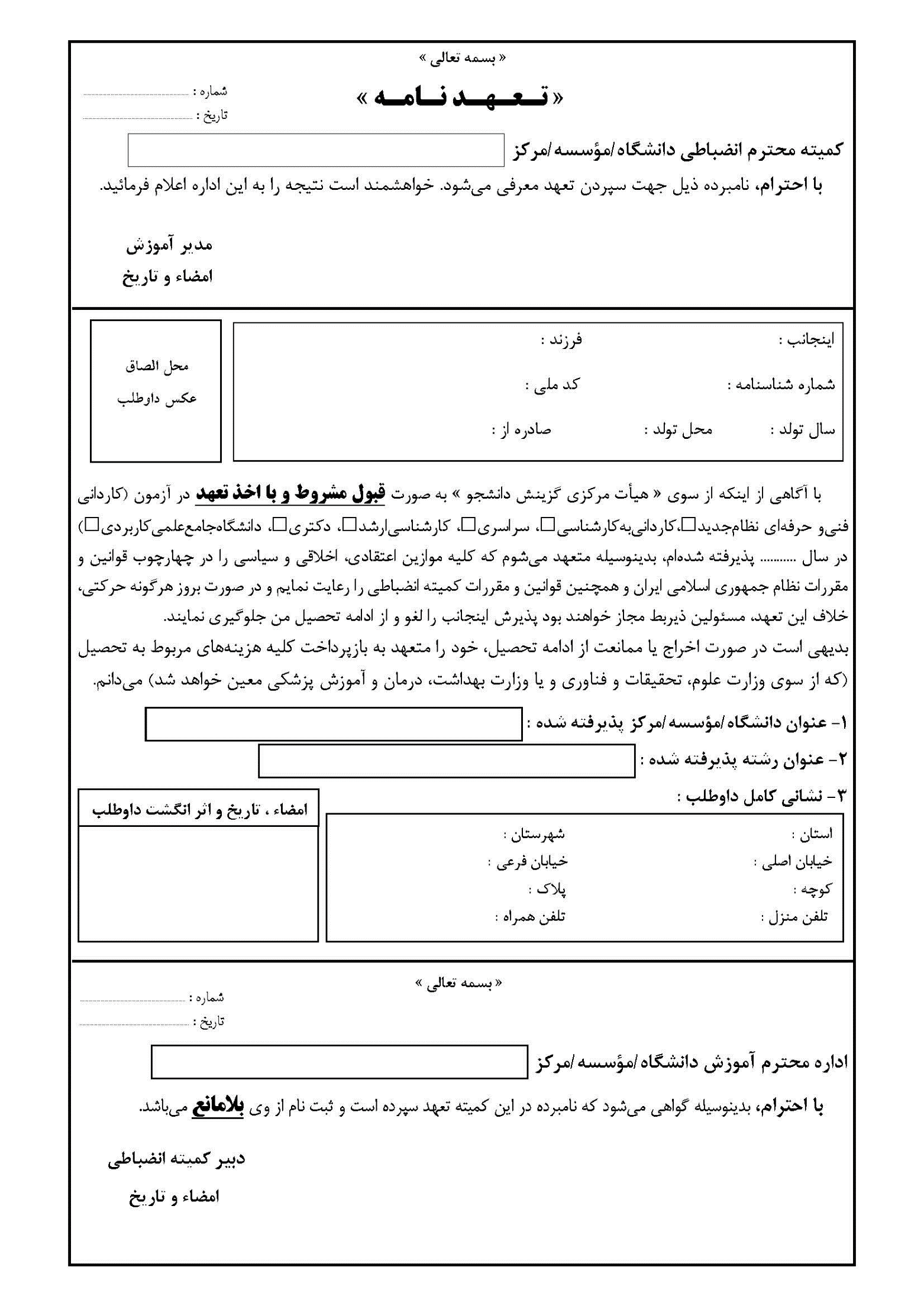
تبصره: تعهد و مسئوليت ضامنان با يکديگر و با متعهد سند نسبت به انجام تعهدات و پرداخت خسارات مندرج در اين سند تضامني است و دانشگاه مزبور مي‌تواند براي دريافت تمام يا بخشي از خسارت مستقيماً عليه هر يك از متعهد و ضامنين یادر آن واحد عليه تمامي آنها اجرائيه صادر و عمليات اجرائي ثبتي را به منظور وصول مطالبات دولت و خسارات تعقيب نموده یانسبت به طرح دعوا اقدام نمايد. اين قرارداد بر مبناي ماده 10 قانون مدني بين طرفين قرارداد منعقد شده و بين طرفين لازم‌الاتباع است.

محل امضاء متعهد

محل امضاء ضامن اول

محل امضاء ضامن دوم

محل امضاء وزارت بهداشت / نماينده دانشگاه علوم پزشكي (به نيابت)



فرم شماره 17