

بنام خدا

تاریخ:

شماره:

**فرم مخصوص اخذ تعهد از پذیرفته شدگان منطقه ۱، رزمندگان و ایثارگران،
برای همه رشته‌ها در آزمون سراسری**

اینجانب: نام نام خانوادگی فرزند متولد سال به شماره شناسنامه
 صادره از محل تولد ساکن که در گروه آزمایشی در آزمون سراسری
 سال در رشته (بجز رشته‌های دبیری) در مقطع دانشگاه یا مؤسسه آموزش عالی
 جزو مقاضیان سهمیه منطقه یک و یا سایر سهمیه‌ها (بجز سهمیه مناطق ۲ و ۳) پذیرفته شده‌ام در کمال میل و اختیار، ضمن عقد خارج لازم
 متهمد و ملتزم می‌شوم که پس از گذراندن دوره تحصیلی در مقطع فوق پس از تعیین تکلیف خدمت وظیفه عمومی به مدت یک برابر زمان
 تحصیل خود در مناطقی که:

- ۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین می‌کند (برای رشته‌های تحصیلی گروه آموزش پزشکی).
- ۲- سازمان‌ها و ادارات دولتی و ارگان‌ها و نهادهای انقلاب اسلامی تعیین می‌کنند (برای سایر رشته‌ها).

در وهله اول در صورت نیاز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان‌ها و ادارات دولتی و ارگان‌ها و نهادهای انقلاب اسلامی (بر حسب موارد ۱ و ۲) خدمت نمایم و در صورت عدم نیاز وزارتتخانه‌ها و یا سازمان‌های مذکور در بخش خصوصی به تشخیص و معرفی وزارت کار و امور اجتماعی خدمت نمایم. چنانچه ظرف یکسال پس از پایان تحصیل (بدون احتساب خدمت وظیفه عمومی) از انجام خدمت بنحو فوق استنکاف نمایم وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارتاخانه‌های مربوطه مجاز و مختارند علاوه بر استداد برابر هزینه‌های سرانه دانشجو در طول مدت تحصیل از تحويل مدارک تحصیلی تا انجام خدمت مذکور خودداری نمایند. مفاد این تعهد به معنی اجرای تعهد آموزش رایگان می‌باشد و به موجب این تعهد ضمن عقد خارج لازم به وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارتاخانه‌های مربوطه و کالات می‌دهم در صورت تخلف از مفاد این تعهد و استنکاف از آن که خارج از حیطه اقتدار اینجانب نباشد یک برابر هزینه‌های مصروفه سرانه دانشجو را در مدت تحصیل از اموال اینجانب برداشت نمایند. تشخیص وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارتاخانه‌های ذیربط در مورد کیفیت تخلف و میزان هزینه‌های مصروفه غیرقابل اعتراض بوده و صرف اعلام وزارتاخانه‌های مذکور برای اینجانب قطعی و لازم‌الاجراست.

توضیح: برای رشته‌های گروه آموزشی پزشکی

- ۱- خدمات مزبور (تعهد) جزو خدمات قانونی گروه پزشکی محسوب می‌شود.
- ۲- تا انجام تعهدات مذکور در این تعهدنامه حق شرکت در درجات تحصیلی بالاتر را ندارم مگر با موافقت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

امضاء و اثر انگشت:

تاریخ: