

فرم شماره ۴

بنام خدا

تاریخ:

شماره:

فرم مخصوص اخذ تعهد از پذیرفته‌شدگان 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 (جز رشته‌های دبیری) در مقطع دانشگاه / مؤسسه آموزش عالی
جزء متقاضیان سهمیه منطقه یک و یا سایر سهمیه‌ها (جز سهمیه مناطق ۲ و ۳) پذیرفته شده‌ام در کمال میل و اختیار، ضمن عقد خارج لازم
معتهد 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 وزارت‌خانه‌ها و یا سازمان‌های مذکور در بخش خصوصی به تشخیص و معروفی 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 وزارت‌خانه‌های مربوطه مجاز و مختارند علاوه بر استرداد 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 وزارت‌خانه‌های مربوطه و کالت 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 وزارت‌خانه‌های ذیریط در مورد کیفیت تخلف و میزان هزینه‌های مصروفه غیرقابل اعتراض بوده و صرف اعلام وزارت‌خانه‌های مذکور برای اینجانب قطعی و لازم‌الاجراست.

توضیح: برای رشته‌های گروه آموزشی پزشکی

۱ - خدمات مذبور (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: