

بسمه تعالی

فرم تعهد شماره ۲ :

اینجانب: فرزند: به شماره شناسنامه: صادره از: ساکن

(نشانی کامل) :

که با هزینه دولت برای ادامه تحصیل در رشته : مقطع از تاریخ در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی پذیرفته شده ام ضمن عقد خارج لازم متعهد می شوم . ضوابط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی که از مفاد آن اطلاع حاصل کرده ام را رعایت نموده اقدامی که خلاف شئونات دولت جمهوری اسلامی و مقررات جاری کشور باشد بعمل نیاورم و دوره تحصیلی ام را در مدت معمول برابر مقررات آن با موفقیت بگذارم و موظف هستم در طول تحصیل به طور تمام وقت در اختیار دانشگاه محل تحصیل باشم و پس از اتمام دوران تحصیل برابر ایام تحصیل را در هر محلی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین نماید خدمت نمایم و چنانچه به هر علتی که مورد تأیید وزارت مذکور نباشد از تحصیل اخراج و یا محروم شوم و یا بعد از پایان دوره تحصیل از انجام تعهدات که یک برابر ایام تحصیل میباشد استنکاف نمایم متعهد می گردم معادل دو برابر شهریه و هزینه تحصیلی مصروفه را به تشخیص وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی بصورت یکجا و بدون هیچگونه قید و شرطی به صندوق دولت بپردازم و چنانچه نشانی خود که در تعهد نامه قید شده است را تغییر دهم فوراً مراتب را به وزارتخانه اطلاع دهم والا ارسال کلیه اختاریه ها و ابلاغ ها و ابلاغ ها به محل تعیین شده در این تعهد نامه ابلاغ قانونی تلقی می شود./

محل امضاء متعهد:

معاونت آموزشی و امور دانشجویی
مرکز سنجش آموزش پزشکی