

بسمه تعالی
جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

فرم تعهد شماره ۲

اینجانب فرزند..... با شماره ملی..... 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 و 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 بگذرانم 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 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 می باشد استنکاف نمایم متعهد میگردم معادل دو برابر شهریه و هزینه تحصیلی مصروفه را به تشخیص وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و به صورت یکجا و بدون هیچ قید و شرطی به صندوق دولت بیردازم به و چنانچه نشانی خود که در تعهد نامه قید شده است را تغییر دهم فوراً مراتب را به وزارتخانه اطلاع دهم والا ارسال کلیه اخطاریه ها و ابلاغها به محل تعیین شده را در این تعهد نامه ابلاغ قانونی تلقی می شود.

محل امضا متعهد

معاونت آموزشی و امور دانشجویی
مرکز سنجش آموزش پزشکی