

**باسمه تعالی**

فرم اخذ تعهد از دانشجويان پذيرفته شده سهمیه مازاد (شهریه پرداز) دانشگاه علوم پزشكي فسا

**فرم 11**

این فرم بایستی در یکی از دفاتر اسناد رسمی به طور دقیق و درج همه موارد به صورت خوانا تنظیم و به ثبت برسد. بدیهی است در صورت عدم مطابقت سند تنظیم شده با نمونه فرم برای ثبت نام موظف به تنظیم مجدد سند می باشید.

نظر به اينكه، اينجانب........................... فرزند ................... به شماره شناسنامه .................... صادره از .................. داراي كدملي شماره ......................... متولد ........................ ساكن ............................................... كدپستي ........................... دانشجوي پذيرفته شده سهمیه مازاد (شهریه پرداز) در مقطع دکترای عمومی رشته پزشکی به مدت هفت سال در دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني فسا مشغول به تحصيل خواهم بود، برابر مقررات قانوني و آيين نامه ها و دستورالعمل هاي وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي و قوانين و مقررات ثبت اسناد و آيين نامه اجراي مفاد اسناد رسمي و لازم الاجراء و با آگاهي كامل از مقررات، در كمال صحت و با آزادي و اختيار كامل، ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملتزم مي گردم:

1- در رشته تحصیلی پزشکی تحصیل کرده و مطابق ضوابط مربوطه دوره مذکور را به پایان رسانده و کلیه مقررات مربوط به دانشگاه محل تحصیل و ضوابط وزارت بهداشت را رعایت کنم و صرفاً به امر تحصیل پرداخته و منحصراً در رشته، مقطع تحصیلی و دانشگاه تعیین شده ادامه تحصیل دهم و دوره تحصیلی مشخص شده را در مدت معین و برابر مقررات آن با موفقیت بگذرانم.

2- متعهد و ملتزم می شوم مجموع شهریه ثابت و متغیر دوره تحصیلی را که توسط معاونت آموزشی دانشگاه تعیین می گردد در ابتدای هر نیمسال تحصیلی بپردازم و در صورتی که به هر دلیلی اعم از آموزشي، سياسي، اخلاقي، اداری، انتظامي، قضایي و غيرهاز ادامه تحصيل استنكاف نمايم و موفق به اتمام تحصيلات در مدت مقرر و مطابق ضوابط آموزشي نگردم و يا از ادامه تحصيل انصراف دهم یا اخراج شوم و به طور كلي چنانچه از هر يك از تعهداتي كه طبق اين قرارداد و مقررات مربوط بر عهده گرفته ام تخلف نمايم، متعهد هستم شهریه ثابت و متغیر تمام نیمسال های باقیمانده از تحصيل را بر اساس مبلغ اعلام شده از سوی معاونت آموزشی دانشگاه به صورت يك جا و بدون هيچ گونه قيد و شرطي به دانشگاه علوم پزشكي فسا بپردازم. تشخيص دانشگاه علوم پزشكي فسا راجع به وقوع تخلف، كيفيت و كميت و ميزان هزينه ها و خسارات، قطعي و غير قابل اعتراض است و موجب صدور اجرائيه از طريق دفترخانه خواهد بود.

3- در صورت پذیرش میهمانی در دانشگاه دیگر و موافقت دانشگاه علوم پزشکی فسا، متعهد می گردم شهریه ثابت نیمسال های میهمان شده را در ابتدای هر نیمسال تحصیلی به دانشگاه علوم پزشكي فسا بپردازم.

4- در صورت پذیرش انتقال به دانشگاه دیگر و موافقت دانشگاه علوم پزشکی فسا، متعهد می گردم باقیمانده شهریه را بر اساس مبلغ اعلام شده از سوی معاونت آموزشی دانشگاه به صورت يك جا به دانشگاه علوم پزشكي فسا بپردازم.

5-تعهد می نمایم در زمان تنظيم اين تعهد نامه دانشجوي اخراجي، محروم و یا شاغل به تحصيل در هيچ كدام از دانشگاه ها و موسسات آموزش عالي دولتي و غيردولتي نبوده و چنانچه خلاف آن در هر مقطع از تحصيلات محرز گردد، دانشگاه مجاز خواهد بود از ادامه تحصيل اينجانب جلوگيري نموده و در صورت اتمام تحصيل از ارائه مدارك تحصيلي به اينجانب خودداري نمايد.

6-تعهد می نمایم در صورت عدم رعايت قوانين و مقررات مربوطه، دانشگاه علوم پزشكي فسا مي تواند مطابق آخرين آيين نامه هاي انضباطي مصوب شوراي عالي انقلاب فرهنگي و همچنين آيين نامه هاي آموزشي و مصوبات شوراي آموزشي دانشگاه برخورد نمايد.

7-هر گونه افزايشی كه تا پايان دوره تحصيلي در ميزان شهريه ها اعمال گردد را مي پذيرم و حق هر گونه ادعا نسبت به استرداد شهريه هاي پرداختي به دانشگاه را از خود سلب مي نمايم.

8-بديهي است كه ارائه مدرك تحصيلي منوط به اتمام دوره آموزشي بر مبناي ضوابط و مقررات مربوطه خواهد بود و چنانچه دانشجو به هر دليلي از ادامه تحصيل استنكاف نمايد مدارك تحصيلي وي تا زمان تسويه حساب كامل مسترد نخواهد گرديد.

9-ضمن عقد خارج لازم مي پذيرم كه دانشگاه علوم پزشكي فسا 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 تعيين ميزان خسارت از طرف اينجانب با خود مذاكره کند و در صورت توافق يا مصالحه هيچ ضرورتي به مراجعه به مقام قضایي يا مرجع ديگر جهت تعيين اين موارد وجود نخواهد داشت. در هر حال تشخيص دانشگاه علوم پزشكي فسا درتعيين هزينه هاي مذكور قطعي و غيرقابل اعتراض و موجب صدور اجرائيه از طرف دفترخانه و يا مراجع قضایي خواهد بود.

10-نشاني اقامتگاه اينجانب، نشاني مندرج در اين سند مي باشد و تمام ابلاغ هاي ارسالي به اين محل، به منزله ابلاغ قانوني به اينجانب بوده و چنانچه نشاني خود را تغيير دهم ظرف 48 ساعت مراتب را به دفترخانه تنظيم كننده سند و دانشگاه علوم پزشكي فسا اطلاع خواهم داد و الا ابلاغ كليه اوراق و اخطاريه ها به محل تعيين شده در اين سند قطعي و غيرقابل اعتراض از سوي اينجانب مي باشد.

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

1-آقاي/خانم............................................. فرزند........................ به شماره شناسنامه.......................................... داراي كد ملي شماره.......................................... شغل .......................................................... نشاني محل كار..................................................................................................................................................................... كدپستي محل كار.................................................. نشاني محل سكونت.............................................................................................................................................. كدپستي محل سكونت......................................................تلفن ثابت..................................................................تلفن همراه................................................................

2- آقاي/خانم............................................. فرزند........................ به شماره شناسنامه.......................................... داراي كد ملي شماره.............................. شغل .......................................................... نشاني محل كار...................................................................................................................................................... كدپستي محل كار.................................................. نشاني محل سكونت.............................................................................................................................................. كدپستي محل سكونت......................................................تلفن ثابت..................................................................تلفن همراه................................................................

با آگاهي كامل از تعهدات دانشجو، ضمن عقد خارج لازم و بر مبناي ماده 10 قانون مدني كليه تعهدات فوق الذكر دانشجو را به صورت تضامني تعهد و تضمين مي نمايم، چنانچه دانشجوي مذكور به تعهدات خود به شرح فوق الذكر عمل نكند و از هر يك از تعهدات فوق تخلف كند و منظور دانشگاه علوم پزشكي فسا عملي نشود، نقض تعهد دانشجو به منزله نقض تعهد اينجانبان بوده و دانشگاه علوم پزشكي فسا حق دارد، بدون هيچ گونه تشريفات، به صرف اعلام به دفترخانه، در مورد تخلف از هريك تعهدات فوق، از طريق صدور اجرائيه كليه هزينه هاي انجام شده بابت دانشجو تا پايان تحصيل (به شرح فوق) به علاوه كليه خسارات وارده را، از اموال اينجانبان راساً استيفا كند و ضمن عقد خارج لازم، دانشگاه علوم پزشكي فسا 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 هزينه ها و خسارات و مطالبات از طرف اينجانبان با خود مصالحه نمايد و با انجام مصالحه هيچ ضرورتي جهت مراجعه به مقام قضائي با مرجع ديگر براي تعيين اين موارد وجود نخواهد داشت و تعيين و تشخيص دانشگاه مذكور قطعي و غير قابل اعتراض و موجب صدور اجرائيه خواهد بود. دانشگاه مذكور مجاز است مطالبات خود را از محل حقوق يا هر محل ديگري از اموال و دارايي هاي اينجانبان وصول كند و اينجانبان متضامناً در برابر دانشگاه 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 علو پزشكي فسا مي تواند براي دريافت تمام يا بخشي از خسارت مستقيماً عليه هر يك از متعهد و ضامنين و يا در آن واحد عليه تمامي آنها اجرائيه صادر و عمليات اجرایی ثبتي را به منظور وصول مطالبات دولت و خسارات تعقيب نموده و يا نسبت به طرح دعوی اقدام نمايد.

نام و نام خانوادگي دانشجو: امضاء

نام و نام خانوادگي ضامن اول: امضاء

نام و نام خانوادگي ضامن دوم: امضاء