**فرم مخصوص اخذ تعهد از پذیرفته شدگان منطقه 1،رزمندگان وایثارگران ،برای کلیه رشته ها در آزمون سراسری**

**اینجانب :نام** .................................... **نام خانوادگی**.................................... **فرزند** .................................... **متولد سال** .................................... **به شماره شناسنامه** .................................... **صادره از**.................................... **محل تولد** .................................... **ساکن**.................................... **که در گروه ازمایشی** .................................... **در آزمون سراسری سال**.................................... **در رشته**.................................... **به جز(سهمیه مناطق 2و3)در مقطع** .................................... **دانشگاه یا موسسه آموزش عالی**....................................

**جزو داوطلبان سهمیه یک ویا سایر سهمیه ها (به جزسهمیه مناطق 2و3 )پذیرفته شده ام در کمال میل اختیار ، ضمن عقد خارج از لازم متعهد وملتزم می شوم که پس از گذراندن دوره تحصیلی در مقطع فوق پس از تعینن تکلیف خدمت وظیفه عمومی به مدت یک برابر زمان تحصیل خود در مناطقی که :**

**1-وزارت بهداشت ،درمان وآموزش پزشکی تعیین میکند (برای رشته های تحصیلی گروه آموزش پزشکی )**

**2- سازمان ها وادرات دولتی وارگان ها ونهاد های انقلاب اسلامی تعیین می کنند**

**در وهله اول در صورت نیاز وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی ،سازمان ها وادارات دولتی وارگان ها ونهاد های انقلاب (بر حسب موارد 1و2) خدمت نمایم صورت عدم نیاز وزارتخانه ها ویا سازمان های مذکور در بخش خصوصی به تشخیص ومعرفی وزارت کار وامور اجتماعی خدمت نمایم وچنانچه ظرف یکسال پس از پایان تحصیل (بدون احتساب خدمت وظیفه عمومی )از انجام خدمت به نحو فوق استنکاف نمایم ،وزارت بهداشت مجاز ومختارند که نسبت به استرداد هزینه های سرانه دانشجو در طول مدت تحصیل از تحویل مدارک تحصیلی تا انجام خدمت مذکور خودداری نمایند .مفاد این تعهد به معنی اجرای تعهد آموزش رایگان می باشد و به موجب این تعهد ضمن عقد خارج لازم به وزارت بهداشت و وزارت خانه های مربوطه وکالت می دهم در صورت تخلف از مفاد این تعهد واستنکاف از آن که خارج از حیطه اقتدار اینجانب نباشد یک برابر هزینه های مصروفه سرانه دانشجو را در مدت تحصیل از اموال اینجانب برداشت نمایند .تشخیص وزارت بهداشت و وزارتخانه های ذیر بط در مورد کیفیت و میزان هزینه های مصروفه غیر قابل اعتراض بوده وصرف اعلام وزارتخانه های مذکور برای اینجانب قطعی ولازم الاجرا است**

**توضیح : برای رشته های گروه آموزش پزشکی**

**1-خدمات مزبور (تعهد )جزو خدمات قانونی گروه پزشکی محسوب میگردد.**

**2-تا زمان انجام تعهدات مذکور در این تعهد نامه حق شرکت در درجات تحصیلی بالاتر را ندارم مگر با موافقت وزارت بهداشت ،درمان وآموزش پزشکی .**

**محل سکونت**:................................................................................................................................................................................................

**تاریخ : امضاء: اثر انگشت :**

تلفن: