

تاریخ:  
شماره:

## بنام خدا

### نمونه فرم اخذ تعهد از فارغ‌التحصیلان دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی داخل و خارج از کشور و دانشجویان فعلی و انصرافی دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی کشور

اینجانب ..... فرزند ..... متولد سال ..... دارای شناسنامه شماره ..... صادره از .....  
..... ساکن .....

در آزمون سرا سری سال ۱۳۹۹ در گروه آزمایشی ..... در رشته ..... پذیرفته شده‌ام، متعهد می‌شوم:

۱- فارغ‌التحصیل دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی داخل و خارج از کشور در مقطع بالاتر:

(الف) از مقطع کاردانی در رشته‌های تحصیلی گروه آموزش پزشکی فارغ‌التحصیل شده‌ام ○ نشده‌ام ○

(ب) از مقطع کارشناسی در رشته‌های تحصیلی دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی فارغ‌التحصیل شده‌ام ○ نشده‌ام ○

(ج) دانشجوی فعلی و یا اخراجی دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی داخل کشور می‌باشم. ○ نمی‌باشم. ○

(د) قبل از تاریخ ۹۹/۰۲/۳۱ دانشجو بوده‌ام و حداقل لغایت ۹۹/۰۲/۳۱ از تحصیل انصراف قطعی حاصل نموده و گواهی از مؤسسه آموزش عالی ذیربیط و اداره کل امور دانشجویان مربوط را دریافت داشته‌ام. ○

تبصره: دانشجویان فعلی دوره نوبت دوم (شبانه)، نیمه حضوری و مؤسسات غیرانتفاعی دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی که از معافیت تحصیلی استفاده نمی‌کنند، می‌توانند بدون انصراف از تحصیل در آزمون سراسری ثبت‌نام و شرکت نمایند. بدیهی است در صورت قبولی در آزمون سراسری، این دسته از داوطلبان می‌باشد قبل از ثبت‌نام در رشته قبولی جدید، در رشته قبولی قبلی خود انصراف قطعی حاصل نموده و گواهی مربوط را به مؤسسه ذیربیط ارائه نمایند. لازم به توضیح است که این دسته از داوطلبان حق بازگشت و ادامه تحصیل در رشته قبولی قبلی خود را ندارند.

ضمناً در صورت عدم صحت مطالب فوق این مؤسسه/دانشگاه می‌تواند از تحصیل اینجانب در هر مقطعی از تحصیل ممانعت عمل آورده و مطابق مقررات مربوطه اقدام نماید.

امضاء و اثر انگشت:

تاریخ:

تاریخ: .....  
شماره: .....

## بنام خدا

**فرم مخصوص اخذ تعهد از پذیرفته شدگان منطقه ۱، رزمندگان و ایثارگران،  
برای کلیه رشته‌ها در آزمون سراسری**

اینجانب: نام ..... نامخانوادگی ..... متولد سال ..... فرزند ..... به شماره ..... شناسنامه .....  
صادره از ..... محل تولد ..... ساکن ..... که در گروه آزمایشی ..... در ..... آزمون سراسری .....  
سال ..... در رشته ..... (بجز رشته‌های دبیری) در مقطع ..... دانشگاه یا مؤسسه آموزش عالی .....

جزو داوطلبان سهمیه منطقه یک و یا سایر سهمیه‌ها (بجز سهمیه مناطق ۲ و ۳) پذیرفته شده‌ام در کمال میل و اختیار، ضمن عقد خارج لازم متعهد 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 تشخصیص و معرفی وزارت کار و امور اجتماعی خدمت نمایم. چنانچه ظرف یک سال 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 بمعنى 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. تشخصیص وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارت‌خانه‌های ذیربط 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 مزبور (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:

تاریخ:

شماره:

بنام خدا

**فرم مخصوص اخذ تعهد از پذیرفته شدگان رشته های مختلف تحصیلی (به غیر از رشته های گروه آموزش پژوهشی) سهمیه های مناطق ۲ و ۳ 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 ..... در مقطع ..... دانشگاه / مؤسسه آموزش عالی ..... با استفاده از سهمیه منطقه ۰۲ و منطقه ۰۳ پذیرفته شده ام، با کمال میل و اختیار ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملتزم می شوم که پس از گذراندن دوره تحصیلی در مقطع فوق و بعد از تعیین تکلیف خدمت وظیفه عمومی ذسبت به انجام تعهد آموزش رایگان بمدت یک برابر زمان تحصیل خود و همچنین تعهد سهمیه خویش (در مجموع دو برابر) را به ترتیب اولویت در مناطق ذیل:

- ۱- شهرستان های واقع در سهمیه منطقه ثبت نامی در آزمون سراسری.
- ۲- سایر مناطق به تشخیص وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.

در وهله اول در صورت نیاز سازمان ها و ادارات دولتی و ارگان ها و نهادهای انقلاب اسلامی و در صورت عدم نیاز سازمان ها و ارگان های مذکور در بخش خصوصی به تشخیص و معرفی وزارت کار و امور اجتماعی خدمت نمایم. چنانچه ظرف یک سال پس از پایان تحصیل (بدون احتساب خدمت وظیفه عمومی) از انجام خدمت به نحو فوق استنکاف نمایم، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری مجاز و مختار است علاوه بر استداد دو برابر هزینه های سرانه داشت جو در طول مدت تحصیل از تحويل مدارک تحصیلی تا انجام خدمت مذکور خودداری نماید. مفاد این تعهد مانع از اجرای تعهد آموزش رایگان نبوده و تعهد آموزش رایگان را پس از اتمام تعهد مذکور انجام خواهم داد. به موجب این تعهد ضمن عقد خارج لازم به وزارت وکالت می دهم در صورت تخلف از مفاد این تعهد و استنکاف از آن که خارج از حیطه اقتدار اینجانب نباشد دو برابر هزینه های مصروفه سرانه داشت جو را در مدت تحصیل از اموال اینجانب برداشت نماید. تشخیص وزارت علوم، تحقیقات و فناوری در مورد کیفیت تخلف و میزان هزینه های مصروفه غیرقابل اعتراض بوده و صرف اعلام وزارت مذکور برای اینجانب قطعی و لازم الاجراست.

..... محل سکونت:

امضاء و اثر انگشت:

تاریخ:

تاریخ:

شماره:

**فرم مخصوص اخذ تعهد از پذیرفته‌شدگان رشته‌های مختلف گروه آموزشی پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سهمیه‌های مناطق ۲ و ۳ در آزمون سراسری**

اینجانب: نام ..... نام خانوادگی ..... فرزند ..... متولد سال ..... به شماره شناسنامه .....  
 صادره از ..... محل تولد ..... ساکن ..... در آزمون ..... که در گروه آزمایشی .....  
 سراسری سال ..... در رشته ..... در مقطع ..... در مقطع ..... دانشگاه یا مؤسسه آموزش عالی .....  
 با استفاده از سهمیه منطقه ۰۲ و منطقه ۰۳ پذیرفته شده‌ام، در کمال میل و اختیار ضمن عقد خارج .....  
 لازم متعهد و ملزم می‌شوم که پس از گذراندن دوره تحصیلی در مقطع فوق علاوه بر تکلیف قانونی خدمت رایگان به مدت .....  
 یک برابر زمان تحصیل و همچنین تعهدات منطقه‌ای (در مجموع دو برابر) خدمت نمایم و به ترتیب اولویت در مناطق ذیل:

- شهرستان‌های واقع در سهمیه منطقه ثبت‌نامی در آزمون سراسری.
- مناطق محروم‌تر به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

در وهله اول در صورت نیاز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان‌ها و ادارات دولتی و ارگان‌ها و نهادهای انقلاب اسلامی و در صورت عدم نیاز وزارت مذکور، در سایر ادارات و در بخش خصوصی به تشخیص سازمان اداری و استخدامی کشور و وزارت کار و امور اجتماعی خدمت نمایم و چنانچه ظرف یک سال پس از پایان تحصیل (بدون احتساب خدمت وظیفه عمومی) از انجام خدمت بنحو فوق استنکاف نمایم، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجاز و مختار است که نسبت به استرداد دو برابر هزینه‌های سرانه دانشجو در طول مدت تحصیل اقدام و وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجازند از تحويل مدارک تحصیلی تا انجام خدمت مذکور خودداری نمایند. مفاد این تعهد مانع از اجرای تعهد آموزش رایگان و نیز خدمت وظیفه عمومی نبوده و تعهد آموزش رایگان را پس از اتمام تعهد مذکور انجام خواهم داد. بموجب این تعهد ضمن عقد خارج لازم به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وکالت می‌دهم در صورت تخلف از مفاد این تعهد و استنکاف از آن که خارج از حیطه اقتدار اینجانب نباشد دو برابر هزینه‌های مصروفه سرانه دانشجو را در مدت تحصیل از اموال اینجانب برداشت نمایند. تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مورد کیفیت تخلف و میزان هزینه‌های مصروفه غیرقابل اعتراض بوده و صرف اعلام وزارت مذکور برای اینجانب قطعی و لازم‌الجراست.

توضیح اینکه:

- خدمات مزبور (تعهد) جزو خدمات قانونی گروه پزشکی محسوب می‌گردد.
- تا زمان انجام تعهدات مذکور در این تعهدنامه حق شرکت در درجات تحصیلی بالاتر را ندارم مگر با موافقت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

محل سکونت :

امضاء و اثر انگشت:

تاریخ:

تاریخ:

شماره:

## بنام خدا

## فرم تعهد برای پذیرفته شدگان دارای تنافض معدل کتبی دیپلم در آزمون سراسری

(برای پذیرفته شدگان صرفاً با اعمال سوابق تحصیلی - بدون آزمون)

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 ..... در مقطع ..... دانشگاه یا مؤسسه آموزش عالی ..... دارای دیپلم کامل متوسطه در رشته ..... نظام آموزشی ..... بدینوسیله ضمن مطالعه دقیق بندهای ذیل نسبت به امضاء و رعایت مفاد آن متعهد می‌گردم:

از آنجاییکه معدل کتبی دیپلم (نظام قدم یا نظام جدید آموزش متوسطه) اعلام شده به سازمان سنجش آموزش کشور مربوط به اینجانب با معدل کتبی دیپلم در مدارک تحصیلی دارای اختلاف می‌باشد، لذا متعهد می‌شوم که هیچگونه اعتراضی به دانشگاه محل قبولی مبنی بر عدم ثبت‌نام و همچنین نسبت به زمان و نتیجه بررسی معدل کتبی توسط سازمان سنجش آموزش کشور (اعم از عدم تغییر در رشته قبولی اعلام شده، تغییر در کدرشته قبولی و یا لغو قبولی) نداشته باشم.

متعهد می‌گردم که اظهارات درج شده در این فرم عین واقعیت بوده و در صورت اثبات خلاف آن، سازمان سنجش آموزش کشور مجاز است مطابق با قوانین مربوط با اینجانب برخورد نماید. استناد مربوط به اثبات صحت معدل کتبی دیپلم، در صورت قبولی مجدد توسط اینجانب به دانشگاه محل قبولی تسلیم می‌شود. در غیر اینصورت قبولی مجدد نیز لغو خواهد شد.

..... معدل کتبی دیپلم (نادرست) مندرج در فایل قبولی:

..... معدل کتبی دیپلم (صحیح) مندرج در گواهی و یا کارنامه تحصیلی:

..... تاریخ تکمیل فرم:

..... آدرس کامل پستی:

..... تلفن ثابت: ..... تلفن همراه:

..... محل امضاء و اثر انگشت:

فرم شماره ۹

بنام خدا

تاریخ: .....  
شماره: .....

### فرم اخذ تعهد از پذیرفته شدگان سهمیه استان‌های محروم در آزمون سراسری در اجرای مصوبه شورای عالی انقلاب فرهنگی

اینجانب ..... فرزند ..... متولد سال ..... به شماره شناسنامه ..... صادره  
از ..... ساکن ..... که در آزمون سراسری سال ..... با استفاده از سهمیه استان‌های محروم و در  
اجراي مصوبه شوراي عالي انقلاب فرهنگي در رشته ..... (کدرشته ..... ) دانشگاه / مؤسسه  
پذيرfته شدهam، معهده مي گردم پس از فراغت از تحصيل سه برابر طول مدت تحصيل در استان ذيرfte  
با توجه به نياز اعلام شده از سوي دانشگاه علوم پزشكى خدمت نمایم. ضمناً تعهد مي نمایم براساس ضوابط اعلام شده در  
دفترچه راهنمای انتخاب رشته‌های تحصيلي دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالي، نسبت به تكميل فرم مخصوص و تحويل آن  
به دانشگاه محل قبولی و دریافت معرفی نامه برای درج در پرونده قبل از نيمسال دوم سال تحصيلي جاري اقدام نمایم. بدیهی  
است در صورت عدم انجام تعهد، آن مؤسسه آموزش عالي می تواند برابر مقررات مربوط از تحويل مدارك تحصيلي و يا صدور  
هر نوع گواهی فراغت از تحصيل برای ادامه تحصيلي و يا اشتغال در غير از محل مورد تعهد و همچنین از ادامه تحصيلي  
اینجانب در هر مقطع از تحصيل اقدام نماید.

محل امضاء و اثر انگشت داوطلب:

تاریخ:

فرم شماره ۱۰

بنام خدا

تاریخ: .....  
شماره: .....

### فرم اخذ تعهد از دارندگان مدرک کاردانی «داوطلبان مرد» پذیرفته شده در رشته‌های تحصيلي مربوط در گروه ذيرfte در آزمون سراسری (برای دانشآموختگان دوره کاردانی دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالي و همچنین دوره کاردانی نظام جديid)

اینجانب ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه ..... که در مقطع فوق  
دипلم (کاردانی) دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالي و يا آموزشکده‌های فني و حرفه‌اي وابسته به وزارت آموزش و پرورش حداکثر تا تاريخ  
۹۹/۰۶/۳۱ از مؤسسه / دانشگاه ..... در رشته ..... در گروه آزمایشي ..... در شموم ..... در سراسری سال ..... در رشته ..... در گروه آزمایيشی ..... در مدت ..... موقعيه دانشگاه .....  
پذيرfته گردیدم، معهده مي شوم:  
۱- فارغ التحصيل (حداکثر تا تاريخ ۹۹/۰۶/۳۱) دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالي و يا دوره کاردانی نظام جديid دانشگاه فني و حرفه‌اي  
و مؤسسات آموزش عالي غيرانتفاعي هستم که گواهی مربوط را از مؤسسه آموزش عالي ذيرfte دریافت و ارائه مي نمایم.  
۲- از آنجائیكه پس از شرکت در آزمون سراسری به خدمت اعزام شدهam و دفترچه آماده بخدمت تاريخ اعزام ..... اينجانب  
مي باشد و معهده مي شوم با توجه به اينكه در رشته تحصيلي مربوط در گروه آزمایيشی يا مطابق ذيرfte در مقطع بالاتر از کاردانی  
پذيرfته شدهam، بنحوی در مقاطع بالاتر فارغ التحصيل شوم که حداکثر طول مدت تحصيل از کاردانی به مقاطع بالاتر ۲ سال كمتر از  
طول مدت تحصيل در رشته قبولي طبق ضوابط وزارت علوم، تحقيقات و فناوري باشد.  
بدیهی است در صورت عدم موافقت نظام وظيفه با تحصيل در رشته قبولي جديid، آن مؤسسه / دانشگاه می تواند از ادامه تحصيل اينجانب  
در هر زمان در طول تحصيل ممانعت بعمل آورده و مطابق مقررات مربوط اقدام نماید.

امضاء و اثر انگشت:

نام و نام خانوادگی:

تاریخ:

**دانشگاه / مجتمع آموزش عالی / آموزشکده فنی**

با سلام و احترام

بدین وسیله اعلام می‌دارد که ادامه تحصیل برادر/ خواهر ..... فرزند ..... متولد ..... به شماره شناسنامه ..... پذیرفته شده در آزمون سراسری سال ..... رشته ..... آن مؤسسه آموزش عالی بدون سپردن تعهد خدمت به وزارت آموزش و پژوهش بلامانع است.

اداره کل آموزش و پژوهش  
مهر و امضاء

بنام خدا

فرم شماره ۱۲

**فرم معرفی دانشجویان کارمند برای ثبت‌نام و ادامه تحصیل در دانشگاه**

..... تاریخ:

..... شماره:

به:

از:

با سلام و احترام  
با توجه به اینکه آقای / خانم ..... کارمند رسمی قطعی ○ رسمی آزمایشی ○  
پیمانی ○ سازمان ..... در مقطع ..... رشته تحصیلی ..... (کد ..... ) سال ..... آن دانشگاه پذیرفته شده است و با آگاهی از اینکه تحصیل نامبرده در آن دانشگاه بصورت تمام وقت می‌باشد،  
بدینوسیله موافق بدون قید و شرط این سازمان / وزارت را با ثبت‌نام و ادامه تحصیل ایشان اعلام می‌نماید. ضمناً حکم مرخصی  
○ حکم ماموریت ○ نامبرده تا تاریخ ..... ارسال خواهد شد.

محل مهر و امضاء بالاترین مقام  
اداری

## نوع سند - تعهد محضری

اینجانب ..... فرزند ..... دارای شماره شناسنامه ..... صادره از ..... متوحد ..... تبعه دولت جمهوری اسلامی ایران مقیم (آدرس کامل) ..... بوده که در آزمون سراسری سال ..... با استفاده از سهمیه استان ..... در کد رشته مقطع ..... در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..... پذیرفته شده‌ام. ..... با علم و آگاهی کامل از مفاد قانون ثبت اسناد و آئین‌نامه‌های اجرائی آن و مطابق ماده ۲ آئین‌نامه اجرایی تصریح ماده ۸ موضوع لایحه قانونی اصلاح ماده ۷ و ۸ قانون تامین وسائل و امکانات تحصیلی اطفال و جوانان ایرانی مصوب ۵۸/۷/۲۶ شورای انقلاب جمهوری اسلامی ایران ملزم می‌شوم که در رشته مقطع ..... به تحصیل مشغول شوم و طبق ضوابط مربوط دوره مذکور را به پایان برسانم و مقررات مربوط به دوره دانشگاه محل تحصیل را رعایت نمایم و حداکثر ظرف مدت یک ماه پس از پایان دوره تحصیل خود را به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان ..... معرفی نمایم و با توجه به مندرجات دفترچه آزمون سراسری چنانچه از سهمیه ثبت‌نامی منطقه یک، زمیندگان، شاهد، خانواده شهدا و سهمیه قبولی کد صفر (۰٪ آزاد) استفاده نموده باشم، برابر مدت تحصیل و اگر از سهمیه ثبت‌نامی مناطق ۲ و ۳ استفاده نموده باشم دو برابر مدت تحصیل را در هر محلی که دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان ..... تعیین می‌نماید، خدمت نمایم. ..... در صورتی که به دلایل آموزشی، سیاسی و اخلاقی به جز در مواردی که بعلت بیماری با تأییدیه شورای عالی پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موفق به ادامه تحصیل نگردم و یا به دلیلی از ادامه تحصیل اخراج شوم و یا پس از اتمام دوره به هر دلیلی از انجام خدمات مورد نظر استنکاف نمایم یا صلاحیت استخدام و اشتغال در دستگاه‌های دولتی را نداشته باشم و یا پس از شروع به کار به هر علتی از مؤسسه محل خدمت اخراج شوم یا ترک خدمت نمایم و یا حداکثر یک ماه پس از فراغت از تحصیل به محل تعهد خدمتی که دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..... تعیین می‌نماید جهت خدمت مراجعه ننمایم و یا چنانچه از هر یک از تعهداتی که طبق این قرارداد بر عهده گرفته‌ام تخلف نمایم متعهد می‌گردم معادل ۳ برابر کمک هزینه تحصیلی و همچنین سه برابر هزینه‌های مصروفه را به تشخیص دانشگاه محل تحصیل، بصورت یکجا و بدون هیچگونه شرطی به صندوق دولت بپردازم و حق دریافت هرگونه گواهی فراغت از تحصیل و ریز نمرات از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه محل تحصیل را نیز از خود سلب می‌نمایم.

تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی راجع به وقوع تخلف و کمیت و کیفیت و میزان هزینه و خسارت، قطعی و غیر قابل اعتراض بوده و مورد پذیرش اینجانب می‌باشد. همچنین چنانچه نشانی خود را تغییر دهم، باید فوراً مراتب را به دفترخانه تنظیم کننده سند و همچنین دانشگاه مذکور اطلاع دهم در غیر این صورت ارسال کلیه ابلاغات و اخطاریه‌ها به محل تعیین شده در این سند ابلاغ قانونی تلقی می‌شود.

«برای تضمین حسن اجرای تعهدات این سند اینجانب ..... دارای شناخته شماره ..... فرزند ..... صادره از ..... ساکن ..... تعهد می‌نمایم به طور تضامن مسؤول اجرای تعهدات مالی متعهد اصلی می‌باشم و در صورتی که متعهد این سند از هر یک از تعهدات مندرج در این سند و کلیه ضوابط و مقررات مربوطه تخلف نماید، کلیه وجه التزام موضوع این سند را صرف تشخیص و اعلام وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..... بدون هیچگونه عذر و بهانه نقداً و یکجا پرداخت نمایم، همچنین علاوه بر تعهداتی که متعهد اصلی به شرح مذکور در فوق تقبل نموده، از عهده کلیه دیون و قروضی که ممکن است متعهد به محل تحصیل و مؤسسات واپسی به آن داشته و یا خساراتی که وارد نموده است از اموال خود برا آیم و منفرداً یا متعاضمناً با متعهد اصلی وجه التزام و مبالغ مندرج در سند را بپردازم. تشخیص وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..... ذسبت به وقوع تخلف، کمیت و کیفیت آن و تعیین میزان وجه التزام و سایر مبالغ مندرج در سند قطعی و مورد پذیرش اینجانب می‌باشد و حق هرگونه اعتراضی را در این خصوص از خود سلب می‌نمایم و در صورت تخلف متعهد اصلی از هر یک از مفاد این سند متعهد له این سند ..... حق دارد بدون مراجعت به مراجع قضایی، با اعلام به دفترخانه تنظیم کننده سند در مورد تخلف از طریق صدور اجرایی نسبت به استیفاده حقوق دولت اقدام نماید.

تاریخ: .....  
نام و نام خانوادگی:

## فرم مشخصات داوطلبین افغانی و عراقی شرکت کننده در آزمون سراسری سال ۱۳۹۹

مشخصات فرد	نام: _____	نام پدر: _____	تابعیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>
شغل	نام خانوادگی و نام: _____	تاریخ تولد: _____	محل تولد: _____	
نشانی	نام خانوادگی و نام: _____	جدا شده <input type="checkbox"/>	متاهل با همسر <input type="checkbox"/>	متأهل دور از همسر <input type="checkbox"/>
تلفن:	نام خانوادگی و نام: _____	سازمان محل کار / کارفرما: _____	نوع شغل: _____	
تلفن:	نام خانوادگی و نام: _____	خیابان: _____	نام خانوادگی و نام: _____	نام خانوادگی و نام: _____
مشخصات اعضاي خانوار يا افراد تحت تکفل	پلاک: _____	کوچه: _____	خیابان: _____	نام خانوادگی و نام: _____
مشخصات تحصيلي	نام خانوادگی و نام: _____	نام خانوادگی و نام: _____	نام خانوادگی و نام: _____	نام خانوادگی و نام: _____
مشخصات مدرک اقامتي يا شناسائي	دارنده دипلم نظام جديد آموزش متوسطه <input type="checkbox"/>	دارنده دипلم نظام قديم آموزش متوسطه <input type="checkbox"/>	دارنده دипلم نظام جديد آموزش متوسطه <input type="checkbox"/>	دارنده دипلم نظام قديم آموزش متوسطه <input type="checkbox"/>
مشخصات مدرک اقامتي يا شناسائي	نوع دипلم: _____	محل اخذ دипلم: _____	معدل کتبی دипلم: _____	رشته تحصيلي: _____
ويژه داولطلبيني	نوع مدرک پيش‌دانشگاهی: _____	معدل دوره پيش‌دانشگاهی: _____	محل اخذ مدرک پيش‌دانشگاهی: _____	محل اخذ مدرک پيش‌دانشگاهی: _____
ويژه داولطلبيني	مقطع تحصيلي: کارشناسي <input type="checkbox"/>	کارشناسي ارشد پيوسته <input type="checkbox"/>	کارشناسي <input type="checkbox"/>	کارشناسي <input type="checkbox"/>
يادآوري	نوع مدرک شناسائي يا اقامتي: گذرname <input type="checkbox"/>	کارت هويت ويزه اتباع خارجي <input type="checkbox"/>	دفترچه پناهندگi <input type="checkbox"/>	کارت هويت ويزه اتباع خارجي <input type="checkbox"/>
يادآوري	نام: _____	نام خانوادگي: _____	نام پدر: _____	نام خانوادگي: _____
نشياني و تلفن اضطراري	شماره شناسنامه: _____	شماره کارت ملي: _____	محل صدور: _____	تاریخ صدور: _____
يادآوري	نام و نام خانوادگي داوطلب: _____	تاریخ: _____	امضاء و اثر انگشت: _____	امضاء و اثر انگشت: _____
يادآوري	مطالب مندرج در اين فرم را به طور كامل تكميل و صحت و درستی آن را تاييد نموده و تعهد مى‌نمایم ضمن رعایت قوانین و مقررات جمهوری اسلامی ايران، در صورت اثبات خلاف و كتمان ضمن کان لم یکن شدن پذيرش اينجانب در آزمون ورودي و همچنین دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالي جمهوری اسلامی ايران تحت پيگرد قانوني قرار گرفته و به تصميمات متذهن از سوي مراکز عالي اعتراضي نخواهم داشت.			

## فرم اخذ تعهد از پذیرفته‌شدگان سهمیه ۱۰۰ در صد بومی

### آزمون سراسری سال ۱۳۹۹ با سهمیه ۲ و ۳ (موضوع سهمیه بومی استان/بومی شهری)

نظر به اینکه مقرر گردیده، اینجانب ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه ..... صادره از ..... دارای کد ملی شماره ..... متولد ..... ساکن ..... کدپستی: ..... با استفاده از سهمیه منطقه ۲/منطقه ۳ ..... در مقطع تحصیلی ..... رشته تحصیلی ..... در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..... تحصیل نمایم، برابر مقررات و آییننامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..... که از مفاد آنها کاملاً آگاه و مطلع هستم، به موجب عقد خارج لازم متعهد و ملتزم می‌گردم:

در مقطع ..... رشته ..... تحصیل کرده و مطابق ضوابط مربوطه دوره مذکور را به پایان رسانده، درجه ..... را در رشته مذکور اخذ نمایم و کلیه مقررات مربوط به دوره آموزشی و دانشگاه محل تحصیل را رعایت کنم، و صرفاً به امر تحصیل و کارهای علمی اشتغال داشته و منحصراً در رشته، مقطع تحصیلی و دانشگاه تعیین شده ادامه تحصیل دهم و دوره تحصیلی معین شده را در مدت معمول و برابر مقررات آن با موقفيت بگذرانم، و حق تغییر رشته را از خود ساقط می‌کنم.

بلغاصله پس از پایان دوره مجاز تحصیلی، خود را به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..... معرفی کنم و بر اساس قوانین و مقررات مربوط و ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، علاوه بر خدمات موضوع قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان، **دو برابر** مدت تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی ..... و در صورت عدم نیاز دانشگاه یاد شده، در هر محلی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین نماید، خدمت کنم.

در صورتیکه به دلایل آموزشی، سیاسی، اخلاقی و غیره، موفق به اتمام تحصیلات در مدت مقرر و مطابق ضوابط آموزشی نگردم و یا از ادامه تحصیل انصراف دهم و یا بعد از پایان دوره ..... به هر دلیل از انجام تعهد فوق الذکر استنکاف نمایم و یا بلغاصله پس از پایان دوره مجاز تحصیل، خود را به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..... معرفی نکنم، یا به محل تعیین شده از سوی دانشگاه علوم پزشکی یاد شده جهت انجام خدمت مراجعة نکنم، و یا صلاحیت اشتغال به کار نداشته باشم و یا پس از شروع به کار به هر علتی از مؤسسه محل خدمت اخراج شوم و یا ترک خدمت کنم و به طور کلی چنانچه از هر یک از تعهداتی که طبق این قرارداد (و مقررات مربوط) بر عهده گرفته‌ام تخلف نمایم، متعهد می‌شوم **دو برابر** کلیه هزینه‌های انجام شده از سوی وزارت بهداشت و دانشگاه محل تحصیل (از جمله هزینه‌های: تحصیل، اسکان، حقوق و مزایای پرداختی، کمک هزینه کتاب و ... ) و خسارات ناشی از عدم انجام خدمات مورد تعهد را به صورت یکجا و بدون هیچگونه قید و شرطی به وزارت بهداشت پردازم. تشخیص دانشگاه علوم پزشکی ..... راجع به وقوع تخلف، کیفیت و کمیت و میزان هزینه‌ها و خسارات، قطعی و غیرقابل اعتراض است و موجب صدور اجرائیه از طریق دفترخانه خواهد بود.

**تبصره:** خسارات مقرر در این بند، سبب معافیت اینجانب از انجام تعهد نمی‌شود و وزارت بهداشت می‌تواند علاوه بر دریافت وجه التزام یا خسارت، اجرای اصل تعهد و انجام خدمت در محل تعیین شده در سند (یا هر محل دیگری که بعداً تعیین شود) را مطالبه نماید.

اعطا دادشنامه، صرفاً با انجام تعهدات قانونی و قراردادی موضوع این سند امکان پذیر است و چنانچه به هر دلیل موفق به انجام تعهدات خود نگردم، دادشنامه تحصیلی و یا هرگونه گواهی فراغت از تحصیل و مدرک تحصیلی و ریز نمرات به اینجانب اعطای نخواهد شد. همچنین تا اتمام تعهدات، سند اینجانب فسخ نمی‌گردد.

طرف تعهد در این سند، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. بنابراین موافقت دانشگاه با خرید تعهد یا استعفای اینجانب در قبال پرداخت خسارت موجب برائت اینجانب از انجام تعهدات مندرج در این سند نخواهد بود و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همواره حق دارد انجام اصل تعهدات در محل تعیین شده در سند و یا در هر محل دیگری را که صلاح می‌داند از اینجانب درخواست نماید.

ضمن عقد خارج لازم شرط شد که وزارت مزبور از طرف اینجانب در تشخیص تخلف از تعهدات فوق و تعیین میزان خسارت و وصول آن، وکیل، و در صورت فوت، و صی است تا نسبت به احراز و اثبات تخلف از موارد فوق و وصول خسارت از طرف اینجانب با خود توافق و مصالحه کند و در صورت توافق یا مصالحه هیچ ضرورتی به مراجعته به مقام قضائی یا مرتع دیگر جهت تعیین این موارد وجود نخواهد داشت. در هر حال تعیین هزینه‌ها توسط وزارت بهداشت، قطعی و غیرقابل اعتراض و موجب صدور اجرائیه از طرف دفترخانه و یا مراجع قضایی خواهد بود.

نشانی اقامتگاه اینجانب، نشانی مندرج در این سند می‌باشد و تمام ابلاغ‌های ارسالی به این محل، به منزله ابلاغ قانونی به اینجانب بوده و چنانچه نشانی خود را تغییر دهم، فوراً مراتب را به دفترخانه تنظیم کننده سند، دانشگاه محل خدمت و همچنین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اطلاع خواهم داد، و الا ابلاغ کلیه اوراق و اخطاریه‌ها به محل تعیین شده در این سند قطعی و غیرقابل اعتراض از سوی اینجانب می‌باشد.

### به منظور تضمین حسن اجرای تعهدات ناشی از این سند اینجانبان:

۱- آقای/خانم ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه ..... دارای کد ملی شماره ..... شغل ..... نشانی محل کار ..... کدپستی محل کار ..... نشانی محل سکونت ..... کدپستی محل سکونت .....

۲- آقای/خانم ..... فرزند ..... به شماره شنا سنامه ..... دارای کد ملی شماره ..... شغل ..... نشانی محل کار ..... کدپستی محل کار ..... نشانی محل سکونت ..... کدپستی محل سکونت .....

با آگاهی کامل از تعهدات دانشجو، ضمن عقد خارج لازم و بر مبنای ماده ۱۰ قانون مدنی متعهد می‌شویم که تعهدات فوق الذکر دانشجو، تعهد اینجانبان بوده و ملتزم می‌شویم، چنانچه دانشجوی مذکور، به تعهدات خود به شرح فوق الذکر عمل نکند و از هر یک از تعهدات فوق تخلف کند و منظور وزارت بهداشت، عملی نشود، نقض تعهد دانشجو به منزله نقض تعهد اینجانبان بوده و وزارت بهداشت، حق دارد بدون هیچ‌گونه تشریفات، به صرف اعلام به دفترخانه، در مورد تخلف از هر یک از تعهدات فوق، از طریق صدور اجرائیه دو برابر هزینه‌های انجام شده بابت دانشجو (به شرح فوق) به علاوه کلیه خسارات وارد راه از اموال اینجانبان را سأ استیفا کند و ضمن عقد خارج لازم، وزارت بهداشت را وکیل خود در زمان حیات و وصی در زمان ممات قرار دادیم تا نسبت به احراز تخلف از هر یک از تعهدات فوق و تعیین میزان هزینه‌ها و خسارات و مطالبات از طرف اینجانبان با خود مصالحه نماید و با انجام مصالحه هیچ ضرورتی جهت مراجعته به مقام قضائی یا مرتع دیگر برای تعیین این موارد وجود نخواهد داشت و تعیین و تشخیص وزارت مذکور قطعی و غیرقابل اعتراض و موجب صدور اجرائیه خواهد بود. وزارت مذکور مجاز است مطالبات خود را از محل حقوق و یا هر محل دیگری از اموال و دارایی‌های اینجانبان وصول کند و اینجانبان متضامناً در برابر وزارت مذکور متعهد به انجام تعهدات فوق و جبران خسارت و پرداخت مطالبات فوق هستیم.

تبصره: تعهد و مسئولیت ضامنان با یکدیگر و با متعهد سند نسبت به انجام تعهدات و پرداخت خسارات مندرج در این سند تضامنی است و دانشگاه مزبور می‌تواند برای دریافت تمام یا بخشی از خسارت مستقیماً<sup>ا</sup> علیه هر یک از متعهد و ضامنین و یا در آن واحد علیه تمامی آنها اجرائیه صادر و عملیات اجرائی ثبتی را به منظور وصول مطالبات دولت و خسارات تعقیب نموده و یا نسبت به طرح دعوا اقدام نماید. این قرارداد بر مبنای ماده ۱۰ قانون مدنی بین طرفین قرارداد منعقد شده و بین طرفین لازم الاتباع است.

### محل امضاء طرف قرارداد

..... محل امضاء ضامنین .....

..... محل امضاء وزارت بهداشت / نماینده دانشگاه علوم پزشکی (به نیابت)

تاریخ: .....  
شماره: ..... بنام خدا

**فرم مخصوص اخذ تعهد از پذیرفته‌شدگان رشته‌های مختلف گروه آموزشی پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با سهمیه مناطق درگیر بلاحای طبیعی سیل و زلزله مصوب جلسه ۸۱۷ مورخ ۹۸/۰۳/۰۷**

**شورای انقلاب فرهنگی**

**در آزمون سراسری سال ۱۳۹۹**

اینجانب: نام ..... نام خانوادگی ..... متولد سال ..... فرزند .....  
به شماره شناسنامه ..... صادره از ..... محل تولد ..... ساکن .....  
..... که در گروه آزمایشی ..... در آزمون سراسری سال ..... در رشته .....  
..... در مقاطع ..... دانشگاه یا مؤسسه آموزش عالی .....  
..... با استفاده از سهمیه تخصیصی به داوطلبان شهرها یا بخش‌هایی که دچار  
بلاای طبیعی اعم از زلزله، سیل یا آتش‌نشان همراه با خسارت مستقیم جانی و مالی شده‌اند، پذیرفته شده‌ام، در کمال میل  
و اختیار ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملزم می‌شوم که پس از گذراندن دوره تحصیلی در مقاطع فوق علاوه بر تکلیف قانونی  
خدمت رایگان به مدت یک برابر زمان تحصیل و همچنین تعهدات منطقه‌ای (در مجموع دو برابر) خدمت نمایم و به ترتیب  
اولویت در مناطق ذیل:

- ۱- شهرستان‌های واقع در سهمیه منطقه ثبت‌نامی در آزمون سراسری.
- ۲- مناطق محروم‌تر به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

در وهله اول در صورت نیاز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان‌ها و ادارات دولتی و ارگان‌ها و  
نهادهای انقلاب اسلامی و در صورت عدم نیاز وزارت مذکور، در سایر ادارات و در بخش خصوصی به تشخیص  
سازمان اداری و استخدامی کشور و وزارت کار و امور اجتماعی خدمت نمایم و چنانچه ظرف یک‌سال پس از پایان  
تحصیل (بدون احتساب خدمت وظیفه عمومی) از انجام خدمت بنحو فوق استنکاف نمایم، وزارت بهداشت، درمان و  
آموزش پزشکی مجاز و مختار است که نسبت به استرداد دو برابر هزینه‌های سرانه دانشجو در طول مدت تحصیل  
اقدام و وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجازند از تحويل مدارک  
تحصیلی تا انجام خدمت مذکور خودداری نمایند. مفاد این تعهد مانع از اجرای تعهد آموزش رایگان و نیز خدمت  
وظیفه عمومی نبوده و تعهد آموزش رایگان را پس از اتمام تعهد مذکور انجام خواهم داد. بموجب این تعهد ضمن  
عقد خارج لازم به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وکالت می‌دهم در صورت تخلف از مفاد این تعهد و  
استنکاف از آن که خارج از حیطه اقتدار اینجانب نباشد دو برابر هزینه‌های مصروفه سرانه دانشجو را در مدت  
تحصیل از اموال اینجانب برداشت نمایند. تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مورد کیفیت تخلف  
و میزان هزینه‌های مصروفه غیرقابل اعتراض بوده و صرف اعلام وزارت مذکور برای اینجانب قطعی و لازم‌الاجراست.

توضیح اینکه:

- ۳- خدمات مذبور (تعهد) جزو خدمات قانونی گروه پزشکی محسوب می‌گردد.
- ۴- تا زمان انجام تعهدات مذکور در این تعهدنامه حق شرکت در درجات تحصیلی بالاتر را ندارم مگر با موافقت وزارت  
بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

محل سکونت :

امضاء و اثر انگشت:

تاریخ:

تاریخ:  
شماره:

بنام خدا

گواهی تأیید برای داوطلبانی که در زمان وقوع بلایای طبیعی (زلزله و سیل) آسیب جانی و مالی دیده‌اند،  
جهت استفاده از سهمیه مناطق درگیر بلایای طبیعی (براساس مصوبه جلسه ۸۱۷ مورخ ۱۳۹۸/۰۳/۰۷)  
شورای عالی انقلاب فرهنگی) در مرحله پذیرش رشته‌های تحصیلی صرفاً بر اساس سوابق تحصیلی سراسری  
سال ۱۳۹۹

بدین وسیله گواهی می‌شود:

آفای/خانم ..... با کدمی ..... سال تولد ..... نام پدر ..... با شماره .....  
پرونده ..... متفاضی استفاده از سهمیه مناطق درگیر بلایای طبیعی در این مرحله از پذیرش  
سراسری سال ۱۳۹۹ شرکت نموده و

الف) متفاضی مستقلًا یا به همراه خانواده در استان آذربایجان شرقی □، آذربایجان غربی □، خراسان شمالی □، خوزستان □، سمنان □، سیستان و بلوچستان □، کرمانشاه □، گلستان □، لرستان □ شهرستان .....  
از توابع فرمانداری این شهرستان، در زمان وقوع سیل □ زلزله □  
باشند ..... اقامت داشته و دچار آسیب جانی و مالی شده‌است.

## یا

ب) محل اخذ مدرک تحصیلی وی در پایه دوازدهم یا یازدهم یا دهم (نظام جدید ۳-۶) و یا پیش‌دانشگاهی یا دیپلم یا ماقبل دیپلم (نظام آموزشی سالی واحدی یا ترمی واحدی) دوره متوسطه، در استان آذربایجان شرقی □، آذربایجان غربی □، خراسان شمالی □، خوزستان □، سمنان □، سیستان و بلوچستان □، کرمانشاه □، گلستان □، لرستان □ شهرستان .....  
از توابع فرمانداری این شهرستان بوده و در زمان وقوع سیل □ زلزله □ دچار آسیب جانی و مالی شده‌است.

این گواهی به منظور استفاده از سهمیه فوق در این مرحله از پذیرش سراسری سال ۱۳۹۹ برای نامبرده صادر شده‌است.

فرمانداری شهرستان ..... دامنه .....  
محل مهر و امضا

این فرم بدون مهر و امضا فرمانداری فاقد اعتبار می‌باشد

داوطلبان لازم است این گواهی را پس از انتخاب رشته از فرمانداری محل رخداد حادثه دریافت نموده و در صورت قبولی در زمان ثبت نام به دانشگاه محل قبولی تحويل نمایند.