**بنام خدا**

**فرم شمارۀ 1**

**نمونه فرم اخذ تعهد از پذيرفته‌شدگان مبني بر داشتن تمامی شرايط و ضوابط عمومي و اختصاصي دفترچه راهنماي آزمون**

اينجانب‌ : ................................................ فرزند ........................ متولد سال‌ ................ داراي‌ شناسنامه‌ شماره‌ ........................................................ صادره‌ از ........................... ساكن ................................‌كه‌ در در دوره‌ روزانه ‌/ نوبت دوم (شبانه) رشته‌هاي‌ تحصيلي‌ گروه‌هاي‌ آموزشي‌ مختلف‌ از دوره‌ كارداني‌ (فوق‌ ديپلم‌) به‌ دوره‌ كارشناسي ‌ناپيوسته‌ سال‌ 1403 در گروه‌ آموزشي‌ ............................................... در رشته تحصيلي ............................................... (كد رشته‌محل ................) دانشگاه‌/ مؤسسه آموزشي‌ ............................................................. پذيرفته‌ شده‌ام، گواهي مي‌نمايم:

داراي همه شرايط و ضوابط عمومي و اختصاصي مندرج در دفترچه راهنماي آزمون فوق هستم.

لذا متعهد مي‌شوم كه در‌صورت‌ عدم‌ صحت‌ مطالب‌ فوق‌ اين‌ مؤسسه آموزشي /‌ دانشگاه‌ مي‌تواند از تحصيل‌ اينجانب‌ در هر مقطعي‌ از تحصيل‌ ممانعت‌ به‌عمل‌ آورده‌ و مطابق‌مقررات‌ مربوط‌ اقدام‌ نمايد.

**تاريخ‌: نام‌ و نام‌ خانوادگي‌ :**

 **امضا:**

**بنام خدا**

 **فرم شمارۀ 2**

**فرم تعهد مبني بر تسويه با صندوق رفاه دانشجويان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي**

اينجانب‌ : ........................................................... فرزند ......................... متولد سال‌ ............... داراي‌ شناسنامه‌ شماره‌ .................................................... صادره‌ از .................................... ساكن ............................ ‌كه‌ در امتحان‌پذيرش‌ دانشجو در دوره‌ روزانه‌/ نوبت دوم (شبانه) رشته‌هاي‌ تحصيلي‌ گروه‌هاي‌ آموزشي‌ مختلف‌ از دوره‌‌ كارداني‌ (فوق‌ ديپلم‌) به‌ دوره‌ كارشناسي‌ناپيوسته‌ سال‌‌ 1403 در گروه‌ آموزشي‌ ............................ در رشته تحصيلي ........................................................... (كد رشته محل .................. ) ‌مقطع‌ كارشناسي ناپيوسته دانشگاه‌ علوم‌ پزشكي‌ و خدمات‌ بهداشتي‌ - درماني ........................................................... پذيرفته‌ شده‌ام‌، باتوجه‌ به‌ ضيق‌ وقت‌ بدين‌ وسيله‌ متعهد مي‌شوم‌ كه‌ هنگام‌ ثبت‌‌نام‌ در نيمسال‌ دوم‌ سال‌ تحصيلي‌ 1404-1403 گواهي‌ دال‌ برتسويه‌ حساب‌ يا موافقت‌ صندوق‌هاي‌ رفاه‌ دانشجويان‌ وزارت‌ بهداشت، درمان‌ و آموزش‌ پزشكي‌ را براساس‌ دستورالعمل‌ بازپرداخت‌ وام‌هاي ‌رفاه‌ دانشجويان‌ مصوبه‌ جلسه‌ هيأت‌ وزيران‌ تاريخ 23/5/1382 به‌ آموزش‌ دانشگاه‌ علوم‌ پزشكي‌ و خدمات‌ بهداشتي‌- درماني‌ تحويل‌ دهم‌ و درصورت‌ عدم‌ تحويل‌ گواهي‌ فوق، آن‌ آموزش‌ اجازه‌ دارد كه‌ از ثبت‌نام‌ اينجانب‌ در نيمسال‌ دوم‌ سال ‌تحصيلي‌ 1404-1403 جلوگيري‌ به عمل آورده‌ و در اين‌صورت‌ اينجانب‌ حق‌ هيچگونه‌ اعتراضي‌ را نخواهم‌ داشت.

**تاريخ : نام‌ ، نام‌ خانوادگي‌ و امضا :**

**بنام خدا**

**فرم شمارۀ 4**

**فرم ‌مخصوص ‌اخذ تعهد از پذيرفته‌شدگان‌ رشته‌هاي تحصيلي گروه‌هاي آموزشي مختلف در آزمون دوره‌هاي كارداني (فوق ديپلم ) به دوره‌هاي كارشناسي ناپيوسته سال‌ 1403 (مختص دوره‌هاي روزانه)**

**اينجانب‌: ........................................... فرزند ................... متولدسال‌ .............. داراي شناسنامه ‌شماره ‌...................................... صادره‌از........................ محل‌تولد ........................ ساكن‌ ........................ كه‌‌ در آزمون‌ كارداني ‌به كارشناسي ناپيوسته نيمسال اول / دوم ‌سال تحصيلي 1404-1403 ‌در رشته‌ تحصيلي .................................................... (كد رشته محل ............) در مقطع‌كارشناسي ناپيوسته دانشگاه /دانشكده/ آموزشكده/ مؤسسه آموزش عالي................................................................ پذيرفته‌ شده‌ام،‌ در كمال‌ ميل‌ و اختيار ضمن‌ عقد خارج‌ لازم‌ متعهد و ملتزم‌ مي‌شوم‌ كه‌ پس‌ از گذراندن‌ دوره‌ تحصيلي‌ در مقطع فوق پس از تعيين تكليف خدمت وظيفه عمومي (براي برادران ) به‌مدت‌ يك برابر زمان‌ تحصيل‌ خود در صورت نياز و به تشخيص و معرفي وزرارت علوم، تحقيقات وفناوري/ وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشكي خدمت نمايم. چنانچه‌ ظرف يكسال‌ پس‌ از پايان‌ تحصيل‌ (بدون‌ احتساب‌ خدمت‌ وظيفه‌ عمومي‌ براي برادران) از انجام‌ خدمت‌ مذكور به‌ نحو فوق‌ استنكاف‌ نمايم‌، وزارت‌ علوم، تحقيقات و فناوري / وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي مجاز و مختار است برابر هزينه‌هاي‌ سرانه‌ دانشجو ‌در طول‌ مدت‌ تحصيل‌ از تحويل‌ مدارك‌ تحصيلي‌ تا انجام‌ خدمت‌ مذكور خودداري‌ نمايد. مفاد اين تعهد به معني اجراي تعهد آموزش رايگان است و به موجب اين تعهد ضمن عقد خارج لازم به وزارت علوم، تحقيقات و فناوري / وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشكي وكالت مي‌دهم در صورت ‌تخلف‌ از مفاد اين‌ تعهد و استنكاف‌ از آن‌ كه‌ خارج‌ از حيطه‌ اقتدار اينجانب‌ نباشد، برابر هزينه‌هاي‌ مصروفه‌ سرانه‌ دانشجو ‌ را در مدت‌ تحصيل‌ از اموال‌ اينجانب‌ برداشت‌ نمايد. تشخيص‌ وزارت‌ علوم، تحقيقات وفناوري/ وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشكي در مورد كيفيت‌ تخلف‌ و ميزان‌ هزينه‌هاي‌ مصروفه‌ غير قابل‌ اعتراض‌ بوده‌ و صرف‌ اعلام‌ وزارتخانه‌هاي مذكور براي‌ اينجانب ‌قطعي‌ و لازم‌الاجراست.‌**

**توضيح : خدمات مزبور (تعهد) جزو خدمات قانوني گروه آموزشي پزشكي محسوب مي‌شود.**

**تاريخ : نام‌ و نام‌ خانوادگي‌:**

 **امضا :**

**بسمه تعالي**

**تاريخ :**

**شماره :**