

**نمونه فرم اخذ تعهد از پذیرفته شدگان مبنی بر دارا بودن کلیه شرایط و ضوابط عمومی و اختصاصی دفترچه راهنمای آزمون**

اینجانب : ..... فرزند ..... متولد سال ..... دارای شناسنامه شماره ..... صادره از ..... ساکن ..... که در امتحان پذیرش دانشجو در دوره روزانه/ شبانه رشته‌های تحصیلی گروه‌های آموزشی مختلف از دوره کاردانی (فوق دیپلم) به دوره کارشناسی ناپیوسته سال ۱۳۹۵ در گروه آموزشی ..... در رشته تحصیلی ..... (کد رشته محل ..... ) دانشگاه/ مؤسسه آموزشی ..... پذیرفته شده‌ام، گواهی می‌نمایم :

دارای کلیه شرایط و ضوابط عمومی و اختصاصی مندرج در دفترچه راهنمای آزمون فوق‌الذکر می‌باشم. لذا متعهد می‌شوم که در صورت عدم صحت مطالب فوق این مؤسسه آموزشی/ دانشگاه می‌تواند از تحصیل اینجانب در هر مقطعی از تحصیل ممانعت به عمل آورده و مطابق مقررات مربوط اقدام نماید.

نام و نام خانوادگی :

تاریخ:

امضا :

**نمونه فرم اخذ تعهد از پذیرفته شدگان مبنی بر نداشتن مدرک با ارزش بالاتر از کارشناسی، عدم اشتغال به تحصیل در مقطع بالاتر از کارشناسی در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی**

اینجانب : ..... فرزند ..... متولد سال ..... دارای شناسنامه شماره ..... صادره از ..... ساکن ..... که در امتحان پذیرش دانشجو در دوره روزانه/ شبانه رشته‌های تحصیلی گروه‌های آموزشی مختلف از دوره کاردانی (فوق دیپلم) به دوره کارشناسی ناپیوسته سال ۱۳۹۵ در گروه آموزشی ..... در رشته تحصیلی ..... (کد رشته محل ..... ) دانشگاه/ مؤسسه آموزشی ..... پذیرفته شده‌ام، گواهی می‌نمایم :

۱- فارغ‌التحصیل دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی داخل و خارج از کشور در مقطع بالاتر از کارشناسی نمی‌باشم.

۲- دانشجوی فعلی دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی داخل کشور در مقطع بالاتر از کارشناسی نمی‌باشم.

لذا متعهد می‌شوم که در صورت عدم صحت مطالب فوق، این مؤسسه آموزشی/ دانشگاه می‌تواند از تحصیل اینجانب در هر مقطعی از تحصیل ممانعت به عمل آورده و مطابق مقررات مربوط اقدام نماید.

نام و نام خانوادگی :

تاریخ:

امضا :

باسمه تعالی

فرم شماره ۳

### فرم تعهد مبنی بر تسویه با صندوق رفاه دانشجویان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اینجانب : ..... فرزند ..... متولد سال ..... دارای شناسنامه شماره .....  
صادره از ..... ساکن ..... که در امتحان پذیرش دانشجو در دوره روزانه/ شبانه رشته‌های تحصیلی  
گروه‌های آموزشی مختلف از دوره کاردانی (فوق دیپلم) به دوره کارشناسی ناپیوسته سال ۱۳۹۵ در گروه آموزشی .....  
در رشته تحصیلی ..... (کد رشته محل ..... ) مقطع کارشناسی ناپیوسته دانشگاه علوم پزشکی و  
خدمات بهداشتی - درمانی ..... پذیرفته شده‌ام، باتوجه به ضیق وقت بدین وسیله متعهد می‌شوم که هنگام  
ثبت‌نام در نیمسال دوم سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ گواهی دال بر تسویه حساب یا موافقت صندوق‌های رفاه دانشجویان وزارت بهداشت،  
درمان و آموزش پزشکی را براساس دستورالعمل بازپرداخت وام‌های رفاه دانشجویان مصوبه جلسه هیأت وزیران مورخ ۱۳۸۲/۵/۲۳  
به آموزش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تحویل دهم و در صورت عدم تحویل گواهی فوق، آن آموزش اجازه دارد که  
از ثبت‌نام اینجانب در نیمسال دوم سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ جلوگیری به عمل آورده و در این صورت اینجانب حق هیچگونه اعتراضی را  
نخواهم داشت.

نام ، نام خانوادگی و امضا :

تاریخ :

**فرم مخصوص اخذ تعهد از پذیرفته شدگان رشته‌های تحصیلی گروه‌های آموزشی مختلف در آزمون دوره‌های کاردانی (فوق دیپلم) به دوره‌های کارشناسی ناپیوسته سال ۱۳۹۵ (مختص دوره‌های روزانه)**

اینجانب: ..... فرزند ..... متولدسال ..... دارای شناسنامه شماره .....  
صادره از ..... محل تولد ..... ساکن ..... که در آزمون کاردانی به کارشناسی ناپیوسته  
نیمسال اول / دوم سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ در رشته تحصیلی ..... (کد رشته محل .....)  
در مقطع کارشناسی ناپیوسته دانشگاه / دانشکده / آموزشکده / مؤسسه آموزش عالی .....  
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 (برای برادران) به مدت یک برابر زمان تحصیل خود به تشخیص و  
معرفی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری / وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خدمت نمایم. چنانچه ظرف یکسال پس  
از پایان تحصیل (بدون احتساب خدمت وظیفه عمومی برای برادران) از انجام خدمت مذکور به نحو فوق استنکاف نمایم،  
وزارت علوم، تحقیقات و فناوری / وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجاز و مختار است برابر هزینه‌های سرانه  
دانشجو در طول مدت تحصیل از تحویل مدارک تحصیلی تا انجام خدمت مذکور خودداری نماید. مفاد این تعهد به معنی  
اجرای تعهد آموزش رایگان می‌باشد و به موجب این تعهد ضمن عقد خارج لازم به وزارت علوم، تحقیقات و فناوری /  
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، برابر هزینه‌های مصروفه سرانه دانشجو را در مدت تحصیل از اموال اینجانب برداشت نماید.  
تشخیص وزارت علوم، تحقیقات و فناوری / وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مورد کیفیت تخلف و میزان  
هزینه‌های مصروفه غیر قابل اعتراض بوده و صرف اعلام وزارتخانه‌های مذکور برای اینجانب قطعی و لازم‌الاجراست.  
توضیح: خدمات مزبور (تعهد) جزو خدمات قانونی گروه آموزشی پزشکی محسوب می‌شود.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ:

امضا: