



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

محل الصاق عکس

فرم ثبت نام

تکمیل این فرم جهت کلیه متقاضیان ثبت نام Ph.D by Research الزامی است.

* مشخصات متقاضی

نام پدر :	نام خانوادگی:	نام :
محل صدور شناسنامه:	کد ملی:	شماره شناسنامه:
وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>	جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	تاریخ تولد:
وضعیت نظام وظیفه:	تابعیت:	دین / مذهب:
آدرس ایمیل:	تلفن همراه:	تلفن ثابت:
آدرس:		

* مشخصات تحصیلی

گرایش (۱)	گرایش (۲)	رشته تحصیلی:
داوطلبین آزاد <input type="checkbox"/>	داوطلبین استعدادهای درخشان <input type="checkbox"/>	سه‌میه ثبت نامی: <input type="checkbox"/> اعضای هیات علمی <input type="checkbox"/>
آخرین مدرک تحصیلی		
تاریخ فراغت از تحصیل:	معدل:	دانشگاه:
مقطع:		رشته:

اینجانب داوطلب شرکت در آزمون دوره دکترای تخصصی پژوهشی (Ph.D by research)، این فرم را در تاریخ صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته و در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراضی نخواهم داشت.

نام و امضاء متقاضی

«فرم اخذ تعهد محضری از دانشجویان PhD»

نظر به اینکه مقرر گردیده ، اینجانب فرزند به شماره شناسنامه ، صادره از
دارای کد ملی شماره متولد ساکن کد پستی :
..... فارغ التحصیل مقطع ----- رشته از دانشگاه که در
آزمون پذیرش دانشجوی دکتری تخصصی مورخ در رشته تحصیلی در دانشگاه
علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی پذیرفته شده‌ام با هزینه دولت در مقطع و رشته یاد شده
تحصیل نمایم ، برابر مقررات قانونی و آیین نامه ها و دستورالعمل های وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و
قوانین و مقررات ثبت اسناد و آیین نامه اجرای مفاد اسناد رسمی و لازم الاجرا ، و با آگاهی کامل از مقررات ، در کمال
صحت و با آزادی و اختیار کامل ، ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملتزم می‌گردم :

1. در رشته تحصیل کرده و مطابق ضوابط مربوطه دوره مذکور را به پایان رسانده ، درجه
تخصصی را در رشته مذکور اخذ نمایم و کلیه مقررات مربوط به دوره آموزش و دانشگاه محل تحصیل را
رعایت کنم ، و صرفاً به امر تحصیل پرداخته و منحصرأ 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 موفقیت بگذرانم ، و حق
تغییر رشته را از خود ساقط می‌کنم .
2. بلافاصله پس از پایان دوره مجاز تحصیلی ، خود را به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معرفی کنم و
بر اساس قوانین و مقررات مربوط، مصوبات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به میزان یک برابر
مدت تحصیل ، در هر محلی که وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی تعیین کند ، خدمت نمایم .
3. در صورتیکه به دلایل آموزشی ، سیاسی، و 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 تخصصی به هر دلیل از انجام
تعهد فوق الذکر استنکاف نمایم و یا بلافاصله پس از پایان دوره مجاز تحصیل ، خود را به وزارت بهداشت ،
معرفی نکنم ، یا به محل تعیین شده از سوی وزارت بهداشت جهت انجام خدمت مراجعه نکنم ، و یا
صلاحیت اشتغال به کار نداشته باشم و یا پس از شروع به کار به هر علتی از موسسه 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)
برعهده 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 تحصیلی و ...) و خسارات ناشی از عدم انجام خدمات مورد تعهد را به صورت یکجا و بدون هیچگونه قید و شرطی به وزارت بهداشت بپردازم . تشخیص وزارت مزبور 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 1 : خسارات مقرر در این بند ، سبب معافیت اینجانب از انجام تعهد نمی شود و وزارت بهداشت می تواند 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.

تبصره 2 : پرداخت خسارت موجب استحقاق فرد به مطالبه دانشنامه و هرگونه مدارک تحصیلی از جمله ریزنمرات نخواهد گردید و ارائه مدارک یاد شده صرفاً پس از انجام تعهدات قانونی و قراردادی موضوع این سند امکان پذیر است .

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

5. ضمن عقد خارج لازم شرط شد که وزارت بهداشت از طرف اینجانب در تشخیص تخلف از تعهدات فوق و تعیین میزان خسارت و وصول آن ، وکیل ، و در صورت فوت، وصی است ، نسبت به احراز و اثبات تخلف از موارد فوق و تعیین میزان خسارت از طرف اینجانب با خود توافق و مصالحه کند و در صورت توافق یا مصالحه هیچ ضرورتی به مراجعه به مقام قضائی یا مرجع دیگر جهت تعیین این موارد وجود نخواهد داشت. در هر حال تشخیص وزارت در تعیین هزینه‌های مذکور قطعی و غیر قابل اعتراض و موجب صدور اجرائیه از طرف دفترخانه و یا مراجع قضایی خواهد بود .

6. نشانی اقامتگاه اینجانب ، نشانی مندرج در این سند می باشد ، و تمام ابلاغ های 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 به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اطلاع خواهم داد ، و الا ابلاغ کلیه اوراق و اختطاریه‌ها به محل تعیین شده در این سند قطعی و غیر قابل اعتراض از سوی اینجانب می باشد .

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

آقای / خانم فرزند به شماره شناسنامه دارای کدملی شماره
..... شغل نشانی محل کار
..... کدپستی محل کار نشانی محل سکونت
..... کدپستی محل سکونت و

آقای / خانم فرزند به شماره شناسنامه دارای کدملی شماره
..... شغل نشانی محل کار
..... کدپستی محل کار نشانی محل سکونت
..... کدپستی محل سکونت

با آگاهی کامل از تعهدات دانشجوی ، ضمن عقد خارج لازم و بر مبنای ماده 10 قانون مدنی متعهد می شویم که تعهدات فوق الذکر دانشجو ، تعهد اینجانبان بوده و ملتزم می شویم ، 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 هیچ گونه تشریفات ، به صرف اعلام به دفترخانه ، در مورد تخلف از هر یک از تعهدات فوق ، از طریق صدور اجرائیه دو برابر هزینه های انجام شده بابت دانشجو (به شرح فوق) به علاوه کلیه خسارات وارده را ، از اموال اینجانبان راساً 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 هزینه ها و خسارات و مطالبات از طرف اینجانبان با خود مصالحه نماید و با انجام مصالحه هیچ ضرورتی جهت مراجعه به مقام قضائی یا مرجع دیگر برای تعیین این موارد وجود نخواهد داشت و تعیین و تشخیص وزارت مذکور قطعی و غیر قابل اعتراض و موجب صدور اجرائیه خواهد بود . وزارت مذکور مجاز است مطالبات خود را از محل حقوق یا هر محل دیگری از اموال و دارایی های 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 وزارت بهداشت می تواند برای دریافت تمام یا بخشی از خسارت مستقیماً 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 10 قانون مدنی بین طرفین قرارداد منعقد شده و بین طرفین لازم الاتباع است .

محل امضاء ضامن اول :

محل امضاء طرف قرارداد :

محل امضاء ضامن دوم :

فرم تعهد

اینجانب پذیرفته شده آزمون پذیرش
دکتری تخصصی پژوهشی (Ph.D by Research)، صحت
مندرجات فرمهای تکمیل شده ثبت نامی را تأیید می
نمایم و متعهد می گردم در صورت مغایرت مدارک
ارسالی با اصل، نسبت به کان لم یکن نمودن ثبت نام
از طرف دانشگاه، حق هرگونه اعتراض را از خود سلب
نمایم.

نام و نام خانوادگی:

امضا:

تاریخ:

رشته قبولی: