

فرم تعهد شماره ۴

فرم اخذ تعهد از پذیرفته شدگان منطقه ۱، خانواده معظم شهدا، رزمندگان و آزادگان
جانبازان انقلاب اسلامی برای کلیه رشته‌ها در آزمون سراسری ۱۴۰۰-۱۳۹۹
(برای رشته‌های تحصیلی دوره روزانه دانشگاه‌ها)

اینجانب: نام نام خانوادگی فرزند متولد سال
به شماره شناسنامه صادره از ساکن
در گروه آزمایشی
در آزمون سراسری سال ۱۳۹۹ در رشته (بجز رشته‌های دبیری) در مقطع
دانشگاه شهید بهشتی جزو داوطلبان از سهمیه منطقه یک و یا سایر سهمیه‌ها (بجز سهمیه مناطق ۳ و ۲) پذیرفته شده‌ام و در کمال میل و
اختیار ضمن عقد خارج لازم و متعهد می‌شوم که پس از گذراندن دوره تحصیلی در مقطع فوق پس از تعیین تکلیف خدمت وظیفه
عمومی 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 می‌کند. (برای سایر رشته‌ها)

در وهله اول در صورت نیاز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان و ادارات دولتی و ارگان‌ها و نهادهای انقلاب اسلامی بر
حسب موارد ۲ و ۱ خدمت نمایم و در صورت عدم نیاز وزارتخانه‌ها و یا سازمان‌های مذکور در بخش خصوصی به تشخیص و معرفی وزارت
کار و امور اجتماعی خدمت نمایم. چنانچه ظرف یکسال 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 تحویل مدارک تحصیلی تا انجام خدمت مذکور خودداری نمایند. 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 و وزارتخانه‌های مربوطه وکالت
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. تشخیص وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارتخانه‌های ذیربط در مورد
کیفیت تخلف و میزان هزینه‌های مصروفه غیر قابل اعتراض بوده و صرف اعلام وزارتخانه‌های مذکور برای اینجانب قطعی و لازم الاجراست.
توضیح برای رشته‌های گروه آموزشی پزشکی

۱- خدمات مزبور (تعهد) جزو خدمات قانونی گروه پزشکی محسوب می‌شود.

۲- تا انجام تعهدات مذکور در این تعهد نامه حق شرکت در درجات تحصیلی بالاتر را ندارم مگر با موافقت وزارت بهداشت، درمان و آموزش
پزشکی.

نام و نام خانوادگی

امضاء

تاریخ