

بسمه تعالی

فرم شماره ۲/۱

تعهد کتبی انجام تعهدات آموزش رایگان :

اینجانب

فرزند

به شماره شناسنامه

صادره از

ساکن (نشانی کامل)

که با هزینه دولت برای ادامه تحصیل در رشته

مقطع

از تاریخ

در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی مازندران پذیرفته شده ام ضمن عقد خارج لازم متعهد می شوم ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که از مفاد آن اطلاع حاصل کرده ام را رعایت نموده اقدامی که خلاف شئونات دولت جمهوری اسلامی و مقررات جاری کشور باشد به عمل نیاورم و دوره تحصیلی ام را در مدت معمول برابر مقررات آن با موفقیت بگذرانم و موظف هستم در طول تحصیل به طور تمام وقت در اختیار دانشگاه محل تحصیل باشم و پس از اتمام دوران تحصیل برابر ایام تحصیل را در هر محلی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین نماید خدمت نمایم و چنانچه به هر علتی که مورد تأیید وزارت مذکور نباشد از تحصیل اخراج و یا محروم شوم یا بعد از پایان دوره تحصیل از انجام تعهدات که یک برابر ایام تحصیل می باشد استنکاف نمایم متعهد می گردم معادل بخشنامه ها و قوانین مربوطه شهریه و هزینه تحصیلی مصروفه را به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به صورت یک جا و بدون هیچ گونه قید و شرطی به صندوق دولت بپردازم و چنانچه نشانی خود که در تعهد نامه قید شده است را تغییر دهم فوراً مراتب را به وزارتخانه اطلاع دهم والا ارسال کلیه اخطاریه ها و ابلاغ ها به محل تعیین شده در این تعهد نامه ابلاغ قانونی تلقی می شود .

محل امضاء و اثر انگشت متعهد:

معاونت آموزشی

دبیرخانه شورای آموزش علوم پایه پزشکی، بهداشت و تخصصی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی