

به نام خدا

کلیه فرمهای

مذکور در این

اطلاعیه

بسمه تعالی

مدیریت محترم آموزشی دانشگاه تربیت مدرس

با سلام و احترام، به استحضار می‌رساند اینجانب با مشخصات زیر پذیرفته شده از طریق در حال حاضر مشغول انجام خدمت وظیفه می‌باشم، لذا خواهشمنداست نامه ترخیص از خدمت صادر و به اینجانب ارائه گردد:

نام: _____
 نام خانوادگی: _____
 شماره ملی: _____
 مقطع قبولی: _____
 رشته قبولی: _____
 تاریخ شرکت در آزمون: _____

نام و نام خانوادگی:
تاریخ و امضاء:

توجه: در صورتیکه کلیه مدارک بارگذاری شده، توسط آموزش دانشگاه تایید شد. پس از چاپ گواهی پذیرش غیرحضور از سیستم گلستان، برای دریافت نامه ترخیص به ساختمان آموزش کل طبقه سوم اتاق ۴۱۷ - امور مشمولین دانشگاه مراجعه فرمایید.

مختص پذیرفته شدگان داخل فرجه
قانونی (یکساله)

اینجانب _____
 پذیرفته شده رشته _____
 فرزند _____
 مقطع _____
 دارای کدملی _____
 دوره _____
 فارغ التحصیل شده ام و داخل فرجه یکساله می‌باشم.
 در تاریخ _____

نام و نام خانوادگی:
تاریخ و امضاء:

مختص پذیرفته شدگان دو دانشگاهی (انصراف از دانشگاه قبلی)

اینجانب _____
 پذیرفته شده رشته _____
 آن دانشگاه می‌باشم و با _____
 پذیرفته شده رشته _____
 دارای کدملی _____
 دوره _____
 مقطع _____
 فرزند _____
 مقطع _____
 دانشگاه _____
 توجه به اینکه ورودی سال _____
 می‌باشم، متعهد می‌گردم تا روز ثبت نام حضوری، نامه انصراف از تحصیل دانشگاه قبلی خود را به امور مشمولین دانشگاه - ساختمان آموزش کل طبقه سوم اتاق ۴۱۷ ارائه نمایم. در غیر اینصورت تابع مقررات خواهم بود.

توجه: به این گروه از پذیرفته شدگان تا ارائه نامه انصراف از دانشگاه مقطع قبل، کارت دانشجویی تعلق نمی‌گیرد.

نام و نام خانوادگی:
تاریخ و امضاء:

تعهد اشتغال یا عدم اشتغال به کار پذیرفته شدگان شاغل در وزارتخانه ها،
سازمانها و نهادهای دولتی

اداره کل آموزش دانشگاه تربیت مدرس

الف- اینجانب
ملی شماره
مقطع
و نهادهای دولتی ندارم.
فرزند
پذیرفته شده رشته
هیچگونه رابطه استخدامی رسمی/پیمانی/قراردادی با موسسات
دارای کد

نام و نام خانوادگی:
تاریخ و امضاء:

ب- اینجانب
ملی شماره
پذیرفته شده رشته
دارای رابطه استخدامی رسمی/پیمانی/قراردادی با موسسه دولتی
می باشم و تعهد می نمایم که حداکثر تا ۲ ماه آینده حکم مرخصی سالانه یا موافقت
بدون قید و شرط سازمان متبوع خود را در خصوص ادامه تحصیل کسب و به اداره پذیرش
اداره کل آموزش دانشگاه تحویل نمایم، در غیر اینصورت قبولی اینجانب لغو شود.
توضیح: نامه موافقت باید بدون قید و شرط و با تایید معاونت اداری و مالی یا
رئیس موسسه ارائه شود.

توجه: آن دسته از پذیرفته شدگانی که در زمان پذیرش و ثبت نام با موسسات
دولتی رابطه استخدامی داشته و در طول تحصیل به هر نحوی مشخص شود
که خلاف آن را به دانشگاه اعلام داشته اند شامل عدم ارائه اطلاعات صحیح
می باشند و عواقب ناشی از آن بعهده دانشجو می باشد.

نام و نام خانوادگی:
تاریخ و امضاء:

فرم ۲۲ یا تعهدات ۹ گانه

اینجانب

فرزند

متولد(روز، ماه، سال)

دارای شناسنامه شماره

صادر از

محل تولد

به شماره کد ملی

پذیرفته

شده

در

رشته

مقطع

دوره

تعهد می نمایم:

۱- تعهد تسویه حساب با محل تحصیل قبل و پیگیری تائیدیه تحصیلی و ریز نمرات

مراحل تسویه حساب خود را با موسسه آموزشی مقطع قبل **حداکثر تا ۲ ماه آینده** به پایان رسانده و پیگیر ارسال تائیدیه تحصیلی و ریزنمرات مقطع قبلی خود به دانشگاه تربیت مدرس باشم. درغیراینصورت تابع تصمیمات دانشگاه می باشم.

۲- تعهد انجام انتخاب واحد در هر ترم تحصیلی بر اساس تقویم دانشگاهی

تا پایان تحصیل، هر نیم سال تحصیلی بر اساس تقویم دانشگاهی مراحل انتخاب واحد خود را به طور کامل و در زمان مقرر انجام دهم. درغیراینصورت تابع تصمیمات دانشگاه می باشم.

۳- تعهد انجام تسویه حساب در زمان قطع رابطه دانشجویی

در زمان قطع رابطه دانشجویی(فارغ التحصیلی، انتقالی، انصراف، اخراج) نسبت به تسویه حساب با این دانشگاه در اسرع وقت اقدام نمایم. درغیراینصورت عواقب آن بر عهده اینجانب است.

۴- تعهد عدم تحصیل همزمان در ۲ دانشگاه

در دانشگاهها یا سایر موسسات آموزشی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی / وزارت علوم، تحقیقات و فناوری ثبت نام نکرده و اشتغال به تحصیل ندارم و متعهد می شوم در صورتی که خلاف آن ثابت شود قبولی اینجانب لغو شود.

۵- تعهد درج اطلاعات صحیح و مدارک در زمان ثبت نام

با توجه به اطلاعات و مدارک ارائه شده توسط اینجانب، صحت اطلاعات و مدارک ارسالی مورد تایید اینجانب می باشد و متعهد می شوم در صورت عدم تطابق با اصل و یا مغایرت آنها با واقعیت قبولی اینجانب لغو گردد و حق هیچ گونه اعتراضی نخواهم داشت.

۶- تعهد تحصیل به صورت تمام وقت

با اطلاع کامل از اینکه تحصیل در دوره دکتری به صورت تمام وقت می باشد. متعهد می شوم به صورت تمام وقت در این دانشگاه تحصیل نموده و خود را موظف به حضور در دانشگاه در زمانهایی که گروه و استاد راهنما تعیین می کند می دانم و همچنین وظایف آموزشی و پژوهشی خود را تا زمان دفاع از رساله انجام دهم.

۷- تعهد ارایه اطلاعات و مدارک مطابق با شرایط و ضوابط پذیرش و ادامه تحصیل

با اطلاع کامل از شرایط و ضوابط پذیرش و ادامه تحصیل در مقطع قبولی اقدام به ارایه اطلاعات و مدارک نموده ام و در هر مرحله از ثبت نام و هنگام تحصیل، چنانچه مشخص گردد حقایق را کتمان نموده و یا اطلاعات غلطی ارائه و واجد شرایط نمی باشم، قبولی اینجانب «کانلمیکن» تلقی شده و تابع مقررات خواهم بود.

۸- تعهد تکمیل فرمهای صلاحیت عمومی

با اطلاع کامل از شرایط و ضوابط ثبت نام مشروط نسبت به تکمیل فرم صلاحیت های عمومی اقدام نموده ام.

۹- کلیه آئین نامه ها شیوه نامه ها، ضوابط و مقررات آموزشی، پژوهشی، دانشجویی و فرهنگی مندرج در سایت دانشگاه تربیت مدرس را مطالعه نمایم و متعهد به اجرای آن باشم.

خواهشمند است دستور فرمائید ثبت نام اینجانب طبق مقررات انجام شود.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ و امضاء:

فرم جایگزین مربوط به سهمیه رزمندگان

اینجانب	فرزند	دارای کد
ملی	پذیرفته شده رشته	
مقطع	دوره	متعهد می شوم حداکثر تا پایان

مهر ماه ۹۷ نسبت به تحویل اصل اصل فرم سهمیه رزمندگان مطابق توضیحات ردیف ۲-۳ سهمیه رزمندگان مندرج "در دفترچه راهنمای شرکت در آزمون دکتری تخصصی و دکتری پژوهشی (Ph.D) رشته های علوم پایه پزشکی، بهداشت و تخصصی، دارو سازی و دندان پزشکی سال تحصیلی ۹۷-۹۸ مرکز سنجش آموزش پزشکی" به اداره پذیرش دانشگاه تربیت مدرس اقدام نمایم در غیر این صورت قبولی اینجانب لغو شود.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ و امضاء:

تاریخ : / ۰۶ / ۱۳۹۷

شماره :

از: دانشگاه/موسسه آموزش عالی

به: دانشگاه تربیت مدرس

بدینوسیله به اطلاع می رساند آقای/خانم

در

در رشته تحصیلی

تاریخ

در مقطع کارشناسی ارشد / دکتری حرفه ای

ازاین موسسه آموزش عالی فارغ التحصیل شده است/ خواهد شد ، و معدل کل

می باشد.

نامبرده

همچنین لازم به ذکر است اشتغال به تحصیل نامبرده مورد تأیید شورای عالی انقلاب فرهنگی یا وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و یا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و این فرم فقط برای اطلاع آن موسسه آموزش عالی صادر گردیده و فاقد هر گونه ارزش دیگری می باشد.

محل امضاء و مهر مسئول امور آموزشی

بسمه تعالی

آزمون دکتری تخصصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
فرم مشخصات مربوط به بررسی صلاحیت عمومی داوطلبان

دوره های دکتری تخصصی رشته های علوم پایه پزشکی دانشگاه تربیت مدرس سال ۱۳۹۷

محل الصاق

عکس

۳ × ۴

تذکر مهم: تکمیل دقیق این برگ برای بررسی پرونده شما ضروری است و هر گونه نقص باعث تاخیر در اعلام نتیجه خواهد شد.

رشته قبولی دکتری تخصصی:

۱- مشخصات داوطلب:

نام خانوادگی:										
نام:										
تاریخ تولد:			شماره ملی:			شماره شناسنامه:			نام پدر:	
وضعیت تاهل:	متاهل	ممتاهل	تابعیت:			دین:	محل تولد:	شغل پدر:	تعداد فرزندان:	

۲- وضعیت تحصیلی:

مقطع تحصیلی	رشته تحصیلی	کشور	دانشگاه محل تحصیل	شهر محل تحصیل	شروع	پایان	معدل
کاردانی							
کارشناسی							
کارشناسی ارشد							

۳- وضعیت شغلی:

مشاغل	سازمان یا نهاد	پست سازمانی	نوع استخدام	استان	شهرستان	شروع	پایان	نشانی و شماره تلفن محل کار
قبلی								
فعلی								

- لازم است کارکنان رسمی دولت در صورت معرفی از دستگاه متبوع برای ادامه تحصیلی برگ گواهی اشتغال به کار خود را در زمان ثبت نام از کارگزینی دستگاه متبوع دریافت و به ضمیمه این فرم ارسال دارند.

۴- چنانکه تاکنون در آزمون ورودی دانشگاهها و موسسات آموزش عالی شرکت نموده‌اید جدول زیر را تکمیل نمایید.

آزمون سال	استان	شهرستان	نتیجه گزینش	ملاحظات

۵- مشخصات چهار نفر معرف مورد اعتماد غیر خویشاوند قابل دسترس از محل تحصیل یا کار که نسبت به شما شناخت کافی داشته باشند، در جدول ذیل مرقوم فرمائید (حتی المقدور فرهنگی بوده و در یک استان سکونت داشته باشند)

نام و نام خانوادگی	نوع رابطه	مدت آشنائی	شغل معرف	نشانی- تلفن محل تحصیل و محل کار- همراه

۶- نشانی محل سکونت خود را در جدول ذیل قید فرمائید.

نشانی	استان	شهر	خیابان	کوچه	پلاک
قبلی					
فعلی					

۷- شماره تلفنی که بتوان در مواقع ضروری با شما تماس گرفت:

شماره تلفن منزل	
شماره تلفن همراه	
شماره تلفن محل کار	

۸- دواطلبانی که دارای سابقه همکاری و عضویت در ارگانها و نهادهای انقلابی (سابقه حضور در جبهه، عضویت در بسیج، سپاه پاسداران، انجمن‌های اسلامی، دارالقرآن، ایثارگران و ...) می‌باشند، ضروری است اصل گواهی مربوطه را از دستگاه ذیربط اخذ و به ضمیمه این فرم ارسال دارند.

۹ - - فرم صلاحیت عمومی (یک نسخه اصلی همراه با الصاق عکس + یک نسخه کپی) و یک نسخه کپی از شناسنامه و کارت ملی و اصل فیش بانکی به مبلغ ۳۵۰/۰۰۰ ریال به شماره شبا حساب IR ۷۷۰۱۰۰۰۰۴۰۰۱۰۲۱۱۰۱۰۰۷۴۸۹ بنام خزانه داری کل کشور در کلیه شعب بانک ملی به ضمیمه این فرم روز ثبت نام تحویل گردد.

از نظر قانونی و شرعی مسوولیت

اینجانب

صحت کلیه مندرجات این برگ را تعهد می‌نمایم.

تاریخ:

امضاء

«فرم اخذ تعهد محضری از کلیه پذیرفته شدگان دکترای تخصصی (Ph.D) آزاد»

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 علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی که در آزمون دکترای تخصصی مورخ در رشته تحصیلی تخصصی در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی پذیرفته شده‌ام ، با هزینه دولت در مقطع و رشته یاد شده تحصیل نمایم ، برابر مقررات 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 ، ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملتزم هستم :

۱. در رشته تحصیل کرده و مطابق ضوابط مربوطه دوره مذکور را به پایان رسانده ، درجه دکتری

تخصصی را در رشته مذکور اخذ نمایم و کلیه مقررات مربوط به دوره آموزشی 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 می کنم .

۲. بلافاصله پس از پایان دوره مجاز تحصیلی تخصصی، خود را به مرکز امور هیأت علمی وزارت بهداشت معرفی کنم و

بر اساس قوانین و مقررات مربوط و سایر ضوابط مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به میزان برابر مدت تحصیل با اعمال ضرایب اعلامی از سوی معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و

آموزش پزشکی ، در هر محلی که وزارت یاد شده تعیین کند ، خدمت نمایم .

۳. در صورتیکه به دلایل آموزشی ، سیاسی، و اخلاقی و غیره ، موفق به اتمام تحصیل 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 گرفته ام تخلف نمایم ، متعهد می شوم 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 ۱ : 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 ۲ : 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 .

۴. از آنجا که 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 .

۵. طرف تعهد در این سند ، وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی است . بنابراین موافقت دانشگاه با خرید تعهد یا استعفای اینجانب در قبال پرداخت خسارت موجب براءت اینجانب از انجام تعهدات مندرج در این سند نخواهد بود و وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی همواره حق دارد انجام اصل تعهدات در محل تعیین شده در سند و یا در هر محل دیگری را که صلاح می داند از اینجانب درخواست نماید .

۶. 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 هزینه های مذکور قطعی و غیر قابل اعتراض و موجب صدور اجرائیه از طرف دفترخانه و یا مراجع قضایی خواهد بود .

۷. 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 اختاریه ها 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 اینجانب :

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 دانشجو ، ضمن عقد خارج لازم و بر مبنای ماده ۱۰ قانون مدنی متعهد می شوم که تعهدات فوق الذکر دانشجو ، تعهد اینجانب بوده و ملتزم می شوم ، 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 اینجانب 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 برابر هزینه های انجام شده بابت دانشجو (به شرح فوق) به علاوه کلیه خسارات وارده را ، از اموال اینجانبان رسماً 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 اینجانب 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 اینجانب وصول کند و اینجانب متضامناً در برابر وزارت مذکور متعهد به انجام تعهدات فوق و جبران خسارت و پرداخت مطالبات فوق هستیم .

تبصره : تعهد و مسئولیت ضامن 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 ضامن و یا در آن واحد علیه تمامی آنها اجرائیه صادر و عملیات اجرائی ثبتي را به منظور وصول مطالبات دولت و خسارات تعقیب نموده و یا نسبت به طرح دعوا اقدام نماید . این قرارداد بر مبنای ماده ۱۰ قانون مدنی بین طرفین قرارداد منعقد شده و بین طرفین لازم الاتباع است .

محل امضاء طرف قرارداد:

محل امضاء ضامن:

محل امضاء نماینده وزارت بهداشت / نماینده دانشگاه (به نیابت) :

«فرم اخذ وثیقه ملکی از کلیه پذیرفته شدگان دکترای تخصصی (Ph.D) آزاد»

برای افرادی که فاقد ضامن می باشند»

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 علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی که در آزمون دکترای تخصصی مورخ در رشته تحصیلی تخصصی در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی پذیرفته شده‌ام ، با هزینه دولت در مقطع و رشته یاد شده تحصیل نمایم ، برابر مقررات 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 ، ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملتزم هستم :

۱. در رشته تحصیل کرده و مطابق ضوابط مربوطه دوره مذکور را به پایان رسانده ، درجه دکتری تخصصی را در رشته مذکور اخذ نمایم و کلیه مقررات مربوط به دوره آموزشی 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 می کنم .
۲. بلافاصله پس از پایان دوره مجاز تحصیلی تخصصی، خود را به مرکز امور هیأت علمی وزارت بهداشت معرفی کنم و بر اساس قوانین و مقررات مربوط و سایر ضوابط مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به میزان برابر مدت تحصیل با اعمال ضرایب اعلامی از سوی معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ، در هر محلی که وزارت یاد شده تعیین کند ، خدمت نمایم .

۳. در صورتیکه به دلایل آموزشی ، سیاسی، و اخلاقی و غیره ، موفق به اتمام تحصیل 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 گرفته ام تخلف نمایم ، متعهد می شوم 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 ۱: 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 ۲: 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.

۴. از آنجا که 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.

۵. طرف تعهد در این سند، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. بنابراین موافقت دانشگاه با خرید تعهد یا استعفای اینجانب در قبال پرداخت خسارت موجب براءت اینجانب از انجام تعهدات مندرج در این سند نخواهد بود و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همواره حق دارد انجام اصل تعهدات در محل تعیین شده در سند و یا در هر محل دیگری را که صلاح می داند از اینجانب درخواست نماید.

۶. 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 هزینه های مذکور قطعی و غیر قابل اعتراض و موجب صدور اجرائیه از طرف دفترخانه و یا مراجع قضائی خواهد بود.

۷. 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 اخطاریه ها 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 و سند وثیقه شماره مورخ

اینجانب فرزند به شماره شناسنامه ، صادره از دارای کد ملی شماره

متولد ساکن کد پستی :

تمامی ششدانگ عرصه و اعیان و کلیه حقوق و منافع متصوره در ملک پلاک ثبتی شماره واقع در
شهرستان مورد ثبت شماره محدوده طبق سند مالکیت به شماره صفحه

ریال جهت انجام تک تک تعهدات فوق اعم از اصل تعهد (در محل تعیین شده در سند یا محلی که بعداً تعیین می شود) و خسارات و مطالبات و هزینه‌ها (به ترتیبی که در فوق مذکور است) به وثیقه نهادم .

تعیین مبلغ فوق به جهت تشریفات تنظیم سند است ، و هرگاه میزان خسارت تعیین شده توسط وزارت بهداشت بیش از مبلغ فوق باشد ، از محل وثیقه یا سایر اموال وثیقه گذار ، قابل وصول است . مورد وثیقه پس از قبض و اقباض مجدداً به تصرف اینجانب داده شد تا استیفای منافع نمایم . تمام مورد وثیقه بابت اجزای تعهدات فوق در وثیقه است و انجام برخی از این تعهدات بخشی از مورد وثیقه را آزاد نخواهد کرد . همچنین پرداخت قسمتی از دین سبب آزاد شدن بخشی از مورد وثیقه نخواهد بود .

در صورت تعدد وثیقه گذار و یا ضامنین ، ایفای دین یکی از آنان باعث آزاد شدن سهم او نخواهد گردید . در صورت تعدد مدیونین ایفای دین از جانب برخی از آنها هیچ بخشی از مورد وثیقه را آزاد نخواهد کرد و در صورت فوت وثیقه گذار یا مدیون، ایفای دین از جانب برخی وراثت باعث آزاد شدن سهم آنان نخواهد گردید و تمام مورد وثیقه تا استیفای تمام طلب های وزارت بهداشت در وثیقه وزارت مزبور خواهد بود و بالجمله مورد وثیقه از هر جهت تجزیه ناپذیر است و تا پایان انجام تعهدات ، وثیقه قابل تعویض نیست .

تمام هزینه‌های نگهداری مورد وثیقه در تمام مدت به عهده وثیقه گذار است . وثیقه گذار حق ندارد قبل از فک وثیقه نسبت به مورد وثیقه به هر عنوان اعم از بیع ، صلح حقوق ، شرط وکالت و غیر آن هیچگونه معامله ناقله یا منتج به نقل (نظیر رهن) انجام دهد و بالجمله هر گونه انتقال مالکیت عین یا منافع یا حقوق مورد وثیقه بدون رضایت کتبی و صریح وزارت بهداشت غیر نافذ است و تنفیذ یا اجازه وزارت مذکور باعث سقوط حق وثیقه وزارت یاد شده نخواهد بود و وثیقه در صورت اذن یا تنفیذ معامله هم به قوت خود باقی است . همچنین هر گونه اقرار به معاملات ناقل عین یا منفعت یا حقوق منتج به نقل این موارد باطل است .

هرگونه اضافه ساختمان در مورد وثیقه جزء مورد وثیقه است و بابت تمام دیون مندرج در این سند (اعم از سابق و لاحق) خواهد بود . همچنین هر نوع تخریب یا تجدید بنا ، منوط به اجازه کتبی وزارت بهداشت است .

فک وثیقه موکول به رضایت صریح و کتبی دفتر حقوقی وزارت بهداشت است و توافق با وثیقه گذار در مورد شیوه پرداخت دین و نظایر آن به معنی انصراف از وثیقه نخواهد بود .

تعهدات مندرج در این سند مستقل از یکدیگرند . این قرارداد مطابق ماده ۱۰ قانون مدنی و با آگاهی کامل از مقررات و ضوابط و مقررات مصوب بین طرفین منعقد شده است و بین طرفین لازم الاتباع است.

تعهد و مسئولیت ضامنین 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

^۱ مبلغ وثیقه عبارت است از معادل برابر کلیه هزینه‌های انجام شده از سوی وزارت بهداشت و دانشگاه محل تحصیل از جمله شهریه های تحصیلی ، حقوق و مزایای پرداختی ، کمک هزینه تحصیلی و ... که باید توسط معاونت آموزشی دانشگاه محاسبه گردد

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 ۱۰ قانون مدنی بین طرفین قرارداد منعقد شده و بین طرفین لازم الاتباع است.

محل امضاء متعهد

محل امضاء وثیقه گذار

محل امضا نماینده وزارت بهداشت / دانشگاه علوم پزشکی (به نیابت)

"فرم تعهد پذیرش در سهمیه مربی"

بسمه تعالی

مختص داوطلبان معرفی شده توسط مرکز سنجش آموزش پزشکی برای پذیرش در دانشگاه تربیت مدرس
با استفاده از سهمیه مربی آزمون ورودی دکتری تخصصی سال ۱۳۹۷

از:

به: دانشگاه تربیت مدرس

براساس شرایط مندرج در اطلاعیه آزمون دکتری تخصصی سال ۱۳۹۷ مرکز سنجش آموزش پزشکی بدین وسیله گواهی می‌شود خانم / آقای با شماره ملی..... از تاریخ تا کنون به عنوان عضو هیأت علمی آموزشی رسمی قطعی / آزمایشی در این دانشگاه که وابسته به وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی یا سایر دانشگاههایی که دارای هیئت ممیزه مورد تأیید آن وزارت می‌باشد اشتغال به کار داشته است و در صورت قبولی نهایی وی در مقطع دکتری (Ph.D) در رشته سال ۱۳۹۷ آن دانشگاه با استفاده از سهمیه "مربی" پرداخت هزینه تحصیل ایشان طبق مصوبه هیات امنای دانشگاه (معادل ۹۶۰۹۶۰۰۰۰ ریال) و با انعقاد قرارداد مربوطه تقبل می‌شود:

اصل / کپی برابر اصل مدارک زیر به پیوست می‌باشد:

- ۱- اولین حکم استخدام رسمی قطعی داوطلب به شماره مورخ، ممهور توسط هیأت ممیزه مرکزی یا هیأت ممیزه منصوب در این موسسه / دانشگاه توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
- ۲- آخرین حکم استخدامی داوطلب به شماره مورخ
- ۳- تأییدیه صلاحیت عمومی داوطلب به شماره مورخ صادره توسط هیات مرکزی گزینش استاد وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

تاریخ صدور این گواهی:

نام دانشگاه یا مؤسسه آموزش عالی :

نام و نام خانوادگی و مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی و مهر و امضاء

معاون آموزشی دانشگاه

معاون اداری و مالی (پشتیبانی) دانشگاه

فرم تعهد پرداخت شهریه مختص داوطلبان معرفی شده توسط مرکز سنجش آموزش پزشکی برای پذیرش در دانشگاه تربیت مدرس با استفاده از سهمیه مربی آزمون ورودی دکتری تخصصی سال ۱۳۹۷

اینجانب که آزمون دکتری تخصصی سال ۱۳۹۷ مرکز سنجش آموزش پزشکی در دانشگاه تربیت مدرس در رشته با کد رشته محل پذیرفته شده ام ضمن اقرار به آگاهی از میزان شهریه دوره بر اساس رشته تحصیلی پرداخت هزینه تحصیل که طبق مصوبه هیات امنای دانشگاه به مبلغ ۹۶۰۹۶۰۰۰۰ ریال می باشد توانایی و تمکین و تعهد خویش را برای پرداخت آن بر اساس زمانبندی مورد نظر مطابق توضیحات قسمت شهریه تحصیلی در سایت دانشگاه اعلام می نمایم و در صورت عدم انجام تعهدات مربوطه در موعد مقرر دانشگاه تربیت مدرس مجاز است وفق ضوابط و مقررات نسبت به لغو پذیرش و اخذ خسارت از اینجانب اقدام کند و هیچگونه اعتراضی نخواهم داشت .

نام و نام خانوادگی : امضاء :

تاریخ : اثر انگشت :

بسمه تعالی

فرم تعهد ارائه مدرک زبان انگلیسی معتبر ویژه پذیرفته شدگان نهایی

آزمون ورودی دوره های دکتری تخصصی سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷

در رشته های علوم پایه پزشکی، بهداشت و تخصصی دانشگاه تربیت مدرس

نظر به اینکه مطابق اطلاعیه آزمون دکتری تخصصی سال ۱۳۹۷ مرکز سنجش آموزش پزشکی، پذیرفته شدگان نهایی ملزم به ارائه اصل و کپی مدرک زبان انگلیسی معتبر با حداقل نمره مربوط طبق جدول زیر و ارائه آن تا حداکثر پایان مهرماه ۱۳۹۷ می باشند. اینجانب..... به شماره ملی داوطلب معرفی شده توسط مرکز سنجش آموزش پزشکی کشور به عنوان پذیرفته شده نهایی در رشته، در دوره (روزانه/ مازاد)..... اعلام می نمایم واجد یکی از شرایط مشخص شده زیر هستم.

الف) دارای مدرک زبان انگلیسی با تاریخ و حداقل نمره قابل قبول طبق ردیف الف جدول زیر (معادل..... از آزمون به تاریخ) هستم و متعهد می شوم گواهی معتبر مدرک مذکور را حداکثر تا پایان وقت اداری روز دو شنبه مورخ ۳۰ مهرماه ۱۳۹۷ به مدیریت همکاری های آموزشی و آزمون تسلیم نمایم.

ب) دارای مدرک زبان انگلیسی با تاریخ و حداقل نمره مشروط طبق ردیف ب جدول زیر (معادل..... از آزمون به تاریخ) هستم و متعهد می شوم گواهی معتبر مدرک مذکور را حداکثر تا پایان وقت اداری روز دو شنبه مورخ ۳۰ مهرماه ۱۳۹۷ به مدیریت همکاری های آموزشی و آزمون دانشگاه تسلیم نمایم علاوه بر این متعهد می شوم گواهی مدرک معتبر مدرک زبان انگلیسی با حداقل نمره قابل قبول خود منطبق با ردیف الف جدول زیر را حداکثر تا قبل از امتحان جامع (طبق تقویم آموزشی و ضوابط و مقررات) به مدیریت همکاری های آموزشی و آزمون دانشگاه تسلیم نمایم.

تاریخ اعتبار آزمون: مدرک زبان افرادی مورد پذیرش قرار می گیرد که تاریخ آزمون زبان آنان از تاریخ ۹۴/۱۱/۲۰ (۹ فوریه ۲۰۱۶) تا تاریخ

۹۶/۱۲/۲۰ (۱۱/مارس/۲۰۱۸) باشد. در ضمن مدرک مربوط به آزمون زبان MHLE مورخ ۹۷/۱۱/۳۰ و ۹۷/۳/۳۱ (دو نوبت ارفاقی) نیز قابل قبول

است

MELAB	TOLIMO	IELTS ACADEMIC	TOEFL (IBT)	MSRT (MCHE)	MHLE	مدرک زبان معتبر
۷۰	۴۸۰	۵	۶۰	۵۰	۵۰	الف) حد اقل نمره قابل قبول
۶۳ تا ۶۹	۴۳۲ تا ۴۷۹	۴/۵ تا ۴/۹	۵۴ تا ۵۹	۴۵ تا ۴۹	۴۵ تا ۴۹	ب) حداقل نمره مشروط

بدیهی است چنانچه در موعد مقرر موفق به ارائه مدرک مورد تایید دانشگاه نشوم دانشگاه مجاز است نسبت به لغو پذیرش اینجانب اقدام نماید و شرکت اینجانب در کلاس های دوره تحصیلی هیچگونه حقی برای اینجانب ایجاد نمی کند و مجاز به شرکت در آزمون جامع حق هر گونه اعتراضی نسبت به دانشگاه را در مراجع قضایی و اداری را از خود سلب نمودم.

نام و نام خانوادگی داوطلب:..... امضاء:.....

تاریخ:..... اثر انگشت: