**«فرم اخذ تعهد از دستياران آزاد دندانپزشكي (متعهد عام)»**

نظر به اينكه مقرر گرديده، اينجانب ........................ فرزند ............. به شماره شناسنامه ................، صادره از ........... داراي كدملي شماره .................. متولد ................ ساكن ....................................................................................... كدپستي : ................................فارغ‌التحصيل مقطع عمومي رشته .............................. از دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ............................. كه در آزمون پذيرش تخصصي دندانپزشكي مورخ ................................. در رشته تحصيلي تخصصي ............................ در دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني .................................... پذيرفته شده‌ام با هزينه دولت در مقطع و رشته ياد شده تحصيل نمايم، برابر مقررات قانوني و آيين‌نامه‌ها و دستورالعمل‌هاي وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي و قوانين و مقررات ثبت اسناد و آيين‌نامه اجراي مفاد اسناد رسمي و لازم‌الاجرا، و با آگاهي كامل از مقررات، در كمال صحت و با‌ آزادي و اختيار كامل، متعهد و ملتزم مي‌گردم:

1. در رشته تخصصي تحصيل كرده و مطابق ضوابط مربوطه دوره مذكور را به پايان رسانده، درجه تخصصي را در رشته مذكور اخذ نمايم و كليه مقررات مربوط به دوره آموزش دستياري و دانشگاه محل تحصيل را رعايت كنم، و صرفاً به امر تحصيل پرداخته و منحصراً در رشته، مقطع تحصيلي و دانشگاه تعيين شده ادامه تحصيل دهم و دوره تحصيلي معين شده را در مدت معمول و برابر مقررات آن با موفقيت بگذرانم، و حق تغيير رشته را از خود ساقط مي‌كنم.
2. بلافاصله پس از پايان دوره مجاز تحصيلي تخصصي، خود را به وزارت بهداشت، درمان وآموزش دندانپزشكي معرفي كنم و بر اساس قوانين و مقررات مربوط، مصوبات نشست‌هاي شوراي آموزش دندانپزشكي و تخصصي و ساير ضوابط مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكي **به ميزان مندرج در آئین‌نامه خدمات متعهدین خدمت دوره‌های تخصصی دندانپزشکی و اصلاحات و الحاقات بعدی آن مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (زمان پذیرش آزمون وقت)**، در هر محلي كه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي تعيين كند، خدمت نمايم.
3. در صورتيکه به دلايل آموزشي، سياسي، و اخلاقي و غيره‌، موفق به اتمام تحصيلات در مدت مقرر و مطابق ضوابط آموزشي نگردم و يا از ادامه تحصيل انصراف دهم و يا بعد از پايان دوره تخصصي به هر دليل از انجام تعهد فوق‌الذكر استنكاف نمايم و يا بلافاصله پس از پايان دوره مجاز تحصيل، خود را به وزارت بهداشت، معرفي نكنم، يا به محل تعيين شده از سوي وزارت بهداشت جهت انجام خدمت مراجعه نكنم، و يا صلاحيت اشتغال به كار نداشته باشم و يا پس از شروع به كار به هر علتي از موسسه محل خدمت اخراج شوم و يا ترك خدمت كنم و به طور كلي چنانچه از هر يك از تعهداتي كه طبق اين قرارداد (و مقررات مربوط) برعهده گرفته‌ام تخلف نمايم، متعهد مي‌شوم **سه** برابر كليه هزينه‌هاي انجام شده از سوي وزارت بهداشت و دانشگاه محل تحصيل (از جمله هزينه‌هاي تحصيل، اسكان، حقوق و مزاياي پرداختي، ‌كمك هزينه تحصيلي و ...) و خسارات ناشي از عدم انجام خدمات مورد تعهد را به صورت يكجا و بدون هيچگونه قيد و شرطي به وزارت بهداشت بپردازم. تشخيص وزارت مزبور راجع به وقوع تخلف، كيفيت و كميت و ميزان هزينه‌ها و خسارات، ‌قطعي و غيرقابل اعتراض است و موجب صدور اجرائيه از طريق دفترخانه خواهد بود.

تبصره 1: خسارات مقرر در اين بند، سبب معافيت اينجانب از انجام تعهد نمي‌شود و وزارت بهداشت مي‌تواند علاوه بر دريافت وجه التزام يا خسارت، اجراي اصل تعهد و انجام خدمت در محل تعيين شده در سند (يا هر محل ديگري كه بعداً تعيين شود) را مطالبه نمايد.

تبصره 2: پرداخت خسارت موجب استحقاق فرد به مطالبه دانشنامه و ساير مدارك تحصيلي از جمله ريزنمرات نخواهد گرديد و ارائه مدارك ياد شده صرفاً پس از انجام تعهدات قانوني و قراردادي موضوع اين سند امكان‌پذير است.

1. از آنجاكه اعطاي دانشنامه، صرفاً با انجام تعهدات قانوني و قراردادي موضوع اين سند امكان‌پذير است، چنانچه به هر دليل موفق به انجام تعهدات خود نگردم، دانشنامه تحصيلي و يا هرگونه گواهي فراغت از تحصيل و مدرك تحصيلي و ريز نمرات به اينجانب اعطا نخواهد شد. همچنين تا اتمام تعهدات، سند تعهد اينجانب فسخ نخواهد گرديد.
2. ضمن این سند شرط شد که وزارت بهداشت از طرف اینجانب وکیل است در صورت نقض هر یک از تعهدات موضوع این سند، در اجرای ماده 18 دستورالعمل ساماندهی و تسریع در اجرای احکام مدنی و ماده 19 قانون نحوه اجرای محکومیت‌های مالی نسبت به ممنوع‌الخدمات نمودن و انسداد حساب­ها و بازداشت اموال و دارایی اینجانب اقدام و طلب خود را از محل‌های مزبور وصول نماید. اقدامات وزارت بهداشت در این جهت قطعی و غیر قابل اعتراض خواهد بود.
3. ضمن این سند شرط شد كه وزارت بهداشت از طرف اينجانب در تشخيص تخلف از تعهدات فوق و تعيين ميزان خسارت و وصول آن، وكيل،‌ و در صورت فوت‌، ‌وصي است، نسبت به احراز و اثبات تخلف از موارد فوق و تعيين ميزان خسارت از طرف اينجانب با خود توافق و مصالحه كند و در صورت توافق يا مصالحه هيچ ضرورتي به مراجعه به مقام قضائي يا مرجع ديگر جهت تعيين اين موارد وجود نخواهد داشت. در هر حال تشخيص وزارت در تعيين هزينه‌هاي مذكور قطعي و غير قابل اعتراض و موجب صدور اجرائيه از طرف دفترخانه و يا مراجع قضايي خواهد بود.
4. نشاني اقامتگاه اينجانب، ‌نشاني مندرج در اين سند مي‌باشد، و تمام ابلاغ‌هاي ارسالي به اين محل، به منزله ابلاغ قانوني به اينجانب بوده،‌ و چنانچه نشاني خود را تغيير دهم فوراً مراتب را به دفترخانه تنظيم كننده سند، دانشگاه محل خدمت و همچنين به وزارت بهداشت، ‌درمان و آموزش پزشكي اطلاع خواهم داد، و الا ابلاغ كليه اوراق و اخطاريه‌ها به محل تعيين شده در اين سند ‌قطعي و غير قابل اعتراض از سوي اينجانب مي‌باشد .

**به منظور تضمين حسن اجراي تعهدات ناشي از اين سند اينجانبان :**

آقاي/ خانم....................... فرزند ......................... به شماره شناسنامه ......................... داراي كدملي شماره ......................... شغل ......................... نشاني محل كار ................................................................................. كدپستي محل كار ................... نشاني محل سكونت ........................................................................................... كدپستي محل سكونت......................... و

آقاي / خانم ......................... فرزند ......................... به شماره شناسنامه ...................... داراي كدملي شماره ......................... شغل ......................... نشاني محل كار .................................................................................... كدپستي محل كار ......................... نشاني محل سكونت ....................................................................................... كدپستي محل سكونت.........................

با آگاهي كامل از تعهدات دانشجو، ضمن این سند و بر مبناي ماده 10 قانون مدني متعهد مي‌شويم كه تعهدات فوق‌الذكر دانشجو، تعهد اينجانبان بوده و ملتزم مي‌شويم، چنانچه دانشجوي مذكور، به تعهدات خود به شرح فوق‌الذكر عمل نكند و از هر يك از تعهدات فوق تخلف كند و منظور وزارت بهداشت، عملي نشود، نقض تعهد دانشجو به منزله نقض تعهد اينجانبان بوده و وزارت بهداشت، حق دارد، بدون هيچ گونه تشريفات، به صرف اعلام به دفترخانه، در مورد تخلف از هر يك از تعهدات فوق، از طريق صدور اجرائيه **سه برابر** هزينه‌هاي انجام شده بابت دانشجو (به شرح فوق) به علاوه كليه خسارات وارده را، از اموال اينجانبان راساً استيفا كند و وزارت بهداشت را وكيل خود در زمان حيات و وصي در زمان ممات قرار داديم تا نسبت به احراز تخلف از هر يك از تعهدات فوق و تعيين ميزان هزينه‌ها و خسارات و مطالبات از طرف اينجانبان با خود مصالحه نمايد و با انجام مصالحه هيچ ضرورتي جهت مراجعه به مقام قضائي يا مرجع ديگر براي تعيين اين موارد وجود نخواهد داشت و تعيين و تشخيص وزارت مذكور قطعي و غير قابل اعتراض و موجب صدور اجرائيه خواهد بود. وزارت مذكور مجاز است مطالبات خود را از محل حقوق يا هر محل ديگري از اموال و دارايي‌هاي اينجانبان وصول كند و اينجانبان متضامناً در برابر وزارت مذكور متعهد به انجام تعهدات فوق و جبران خسارت و پرداخت مطالبات فوق هستيم.

تبصره: تعهد و مسووليت ضامنان با يكديگر و با متعهد سند نسبت به انجام تعهدات و پرداخت خسارات مندرج در اين سند تضامني است و وزارت بهداشت مي‌تواند براي دريافت تمام يا بخشي از خسارت مستقيماً عليه هر يك از متعهد و ضامنين و يا در آن واحد عليه تمامي آنها اجرائيه صادر و عمليات اجرائي ثبتي را به منظور وصول مطالبات دولت و خسارات تعقيب نموده و يا نسبت به طرح دعوا اقدام نمايد. اين قرارداد بر مبناي ماده 10 قانون مدني بين طرفين قرارداد منعقد شده و بين طرفين لازم‌الاتباع است.

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

**محل امضا متعهد :**

**محل امضاء ضامن اول :**

**محل امضاء ضامن دوم :**

**«فرم تعهد محضری دستياران**

**بهره‌مند از سهمیه‌ی موضوع قانون برقراری عدالت آموزشی در آزمون دستياري دندانپزشكي»**

نظر به اينكه مقرر گرديده، اينجانب ..................... فرزند ............. به شماره شناسنامه ................، صادره از ........... داراي كد ملي شماره .................. متولد ................ ساكن ................................................................. كد پستي : .............................. فارغ التحصيل مقطع عمومي رشته .............................. از دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ............................. كه در آزمون پذيرش دستيار تخصصي مورخ ................................. با استفاده از سهميه بومي، قانون برقراري عدالت آموزشي در رشته تحصيلي تخصصي ............................ در دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني .................................... پذيرفته شده‌ام، با هزينه دولت در مقطع و رشته ياد شده تحصيل نمايم، برابر مقررات و آيين‌نامه‌ها و دستورالعمل‌هاي وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي و قوانين و مقررات ثبت اسناد و آيين‌نامه اجراي مفاد اسناد رسمي و لازم‌الاجرا، متعهد و ملتزم هستم:

1. در رشته تخصصي تحصيل كرده و مطابق ضوابط مربوطه دوره مذكور را به پايان رسانده، درجه تخصصي را در رشته مذكور اخذ نمايم و كليه مقررات مربوط به دوره آموزش دستياري و دانشگاه محل تحصيل را رعايت كنم، و صرفاً به امر تحصيل پرداخته و منحصراً در رشته، مقطع تحصيلي و دانشگاه تعيين شده ادامه تحصيل دهم و دوره تحصيلي معين شده را در مدت معمول و برابر مقررات آن با موفقيت بگذرانم، و حق تغيير رشته را از خود ساقط مي‌كنم.
2. بلافاصله پس از پايان دوره مجاز تحصيلي تخصصي، خود را به وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشكي معرفي كنم و بر اساس قوانين و مقررات مربوط، مصوبات نشست‌هاي شوراي آموزش دندانپزشكي و تخصصي و ساير ضوابط مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكي به ميزان **سه برابر** مدت تحصيل، در هر محلي كه دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ................ و در صورت عدم نياز دانشگاه ياد شده در هر محلي كه وزارت بهداشت،‌ درمان و آموزش پزشكي، تعيين كند، خدمت نمايم.
3. در صورتيکه به دلايل آموزشي، سياسي، و اخلاقي و غيره‌، موفق به اتمام تحصيل در مدت مقرر و مطابق ضوابط آموزشي نگردم و يا از ادامه تحصيل انصراف دهم و يا بعد از پايان دوره تخصصي به هر دليل از انجام تعهد فوق‌الذكر استنكاف نمايم و يا بلافاصله پس از پايان دوره مجاز تحصيل، خود را به وزارت بهداشت، معرفي نكنم، يا به محل تعيين شده از سوي دانشگاه علوم پزشكي ................... جهت انجام خدمت مراجعه نكنم، و يا صلاحيت اشتغال به كار نداشته باشم و يا پس از شروع به كار به هر علتي از موسسه محل خدمت اخراج شوم و يا ترك خدمت كنم و به طور كلي چنانچه از هر يك از تعهداتي كه طبق اين قرارداد (و مقررات مربوط) برعهده گرفته‌ام تخلف نمايم، متعهد مي‌شوم **سه برابر** كليه هزينه‌هاي انجام شده از سوي وزارت بهداشت و دانشگاه محل تحصيل (از جمله هزينه‌هاي تحصيل، اسكان، حقوق و مزاياي پرداختي، ‌كمك هزينه تحصيلي و ...) و خسارات ناشي از عدم انجام خدمات مورد تعهد را به تشخیص دبیرخانه شورای آموزش دندانپزشکی و تخصصی به صورت يكجا و بدون هيچگونه قيد و شرطي به وزارت بهداشت بپردازم. تشخيص وزارت مزبور راجع به وقوع تخلف، كيفيت و كميت و ميزان هزينه‌ها و خسارات،‌ قطعي و غيرقابل اعتراض است و موجب صدور اجرائيه از طريق دفترخانه خواهد بود.

تبصره 1: خسارات مقرر در اين بند، سبب معافيت اينجانب از انجام تعهد نمي‌شود و وزارت بهداشت مي‌تواند علاوه بر دريافت وجه التزام يا خسارت، اجراي اصل تعهد و انجام خدمت در محل تعيين شده در سند (يا هر محل ديگري كه بعداً تعيين شود) را مطالبه نمايد.

تبصره 2: پرداخت خسارت موجب استحقاق فرد به مطالبه دانشنامه و ساير مدارك تحصيلي از جمله ريزنمرات نخواهد گرديد و ارائه مدارك ياد شده صرفاً پس از انجام تعهدات قانوني و قراردادي موضوع اين سند امكان‌پذير است.

1. از آنجاكه اعطاي دانشنامه، صرفاً با انجام تعهدات قانوني و قراردادي موضوع اين سند امكان‌پذير است، چنانچه به هر دليل موفق به انجام تعهدات خود نگردم، دانشنامه تحصيلي و يا هرگونه گواهي فراغت از تحصيل و مدرك تحصيلي و ريز نمرات به اينجانب اعطا نخواهد شد. همچنين تا اتمام تعهدات، سند تعهد اينجانب فسخ نخواهد گرديد.
2. ضمن این سند شرط شد که وزارت بهداشت از طرف اینجانب وکیل است در صورت نقض هر یک از تعهدات موضوع این سند، در اجرای ماده 18 دستورالعمل ساماندهی و تسریع در اجرای احکام مدنی و ماده 19 قانون نحوه اجرای محکومیت‌های مالی نسبت به ممنوع‌الخدمات نمودن و انسداد حساب­ها و بازداشت اموال و دارایی اینجانب اقدام و طلب خود را از محل‌های مزبور وصول نماید. اقدامات وزارت بهداشت در این جهت قطعی و غیر قابل اعتراض خواهد بود.
3. طرف تعهد در اين سند، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي است. بنابراين موافقت دانشگاه با خريد تعهد يا استعفاي اينجانب در قبال پرداخت خسارت موجب برائت اينجانب از انجام تعهدات مندرج در اين سند نخواهد بود و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي است كه همواره حق دارد انجام اصل تعهدات در محل تعيين شده در سند و يا در هر محل ديگري را كه صلاح مي‌داند از اينجانب درخواست نمايد.
4. ضمن این سند شرط شد كه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از طرف اينجانب در تشخيص تخلف از تعهدات فوق و تعيين ميزان خسارت و وصول آن، وكيل،‌ و در صورت فوت‌، ‌وصي است، نسبت به احراز و اثبات تخلف از موارد فوق و تعيين ميزان خسارت از طرف اينجانب با خود توافق و مصالحه كند و در صورت توافق يا مصالحه هيچ ضرورتي به مراجعه به مقام قضائي يا مرجع ديگر جهت تعيين اين موارد وجود نخواهد داشت. در هر حال تشخيص وزارت در تعيين هزينه‌هاي مذكور قطعي و غير قابل اعتراض و موجب صدور اجرائيه از طرف دفترخانه و يا مراجع قضايي خواهد بود.
5. نشاني اقامتگاه اينجانب، ‌نشاني مندرج در اين سند مي‌باشد،‌ و تمام ابلاغ‌هاي ارسالي به اين محل، به منزله ابلاغ قانوني به اينجانب بوده،‌ و چنانچه نشاني خود را تغيير دهم فوراً مراتب را به دفترخانه تنظيم كننده سند، دانشگاه محل خدمت و همچنين به وزارت بهداشت، ‌درمان و آموزش پزشكي اطلاع خواهم داد، و الا ابلاغ كليه اوراق و اخطاريه‌ها به محل تعيين شده در اين سند ‌قطعي و غير قابل اعتراض از سوي اينجانب مي‌باشد.

**به منظور تضمين حسن اجراي تعهدات ناشي از اين سند اينجانبان:**

آقاي/ خانم....................... فرزند ......................... به شماره شناسنامه ......................... داراي كدملي شماره ......................... شغل ......................... نشاني محل كار ................................................................................. كدپستي محل كار ................... نشاني محل سكونت ........................................................................................... كدپستي محل سكونت......................... و

آقاي / خانم ......................... فرزند ......................... به شماره شناسنامه ...................... داراي كدملي شماره ......................... شغل ......................... نشاني محل كار .................................................................................... كدپستي محل كار ......................... نشاني محل سكونت ....................................................................................... كدپستي محل سكونت.........................

با آگاهي كامل از تعهدات دانشجو، ضمن این سند و بر مبناي ماده 10 قانون مدني متعهد مي‌شويم كه تعهدات فوق‌الذكر دانشجو، تعهد اينجانبان بوده و ملتزم مي‌شويم، چنانچه دانشجوي مذكور، به تعهدات خود به شرح فوق‌الذكر عمل نكند و از هر يك از تعهدات فوق تخلف كند و منظور وزارت بهداشت، عملي نشود، نقض تعهد دانشجو به منزله نقض تعهد اينجانبان بوده و وزارت بهداشت، حق دارد، بدون هيچ گونه تشريفات، به صرف اعلام به دفترخانه، در مورد تخلف از هر يك از تعهدات فوق، از طريق صدور اجرائيه **سه** **برابر** هزينه‌هاي انجام شده بابت دانشجو (به شرح فوق) به علاوه كليه خسارات وارده را، از اموال اينجانبان راساً استيفا كند و وزارت بهداشت را وكيل خود در زمان حيات و وصي در زمان ممات قرار داديم تا نسبت به احراز تخلف از هر يك از تعهدات فوق و تعيين ميزان هزينه‌ها و خسارات و مطالبات از طرف اينجانبان با خود مصالحه نمايد و با انجام مصالحه هيچ ضرورتي جهت مراجعه به مقام قضائي يا مرجع ديگر براي تعيين اين موارد وجود نخواهد داشت و تعيين و تشخيص وزارت مذكور قطعي و غير قابل اعتراض و موجب صدور اجرائيه خواهد بود. وزارت مذكور مجاز است مطالبات خود را از محل حقوق يا هر محل ديگري از اموال و دارايي‌هاي اينجانبان وصول كند و اينجانبان متضامناً در برابر وزارت مذكور متعهد به انجام تعهدات فوق و جبران خسارت و پرداخت مطالبات فوق هستيم.

تبصره : تعهد و مسووليت ضامنان با يكديگر و با متعهد سند نسبت به انجام تعهدات و پرداخت خسارات مندرج در اين سند تضامني است و وزارت بهداشت مي‌تواند براي دريافت تمام يا بخشي از خسارت مستقيماً عليه هر يك از متعهد و ضامنين و يا در آن واحد عليه تمامي آنها اجرائيه صادر و عمليات اجرائي ثبتي را به منظور وصول مطالبات دولت و خسارات تعقيب نموده و يا نسبت به طرح دعوا اقدام نمايد. اين قرارداد بر مبناي ماده 10 قانون مدني بين طرفين قرارداد منعقد شده و بين طرفين لازم‌الاتباع است.

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

**محل امضا متعهد :**

**محل امضاء ضامن اول :**

**محل امضاء ضامن دوم :**