فرم اخذ تعهد از دانشجويان پذيرفته شده سهمیه مازاد/پردیس خودگردان دانشگاه علوم پزشكي شاهرود در دفترخانه اسناد رسمي

نظر به اينكه، اينجانب................................................ فرزند................... به شماره شناسنامه.............................................صادره از....................................... داراي كدملي شماره................................................................ متولد.....................................................ساكن.................................................................................. كدپستي.................................................دانشجوي پذيرفته شده در مقطع....................................... رشته .............................................به مدت.....................سال در دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني شاهرود مشغول به تحصيل مي باشم، برابر مقررات قانوني و آيين نامه ها و دستورالعمل هاي وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي و قوانين و مقررات ثبت اسناد و آيين نامه اجراي مفاد اسناد رسمي و لازم الاجراء و با آگاهي كامل از مقررات، در كمال صحت و با آزادي و اختيار كامل، ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملتزم مي گردم:

1-در رشته تحصيلي.......................................................... تحصيل كرده و مطابق ضوابط مربوطه دوره مذكور را به پايان رسانده، درجه.........................را در رشته مذكور اخذ نمايم و كليه مقررات مربوط به دانشگاه محل تحصيل و ضوابط وزارت بهداشت 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 مشخص شده را در مدت معين و برابر مقررات آن با موفقيت بگذرانم و حق تغيير رشته را از خود ساقط مي نمایم.

2-در صورتيكه به دلايل آموزشي، سياسي، اخلاقي، اداری، انتظامي، قضایي و غيرهاز ادامه تحصيل استنكاف نمايم، و موفق به اتمام تحصيلات در مدت مقرر و مطابق ضوابط آموزشي نگردم و يا از ادامه تحصيل انصراف دهم یا اخراج شوم به طور كلي چنانچه از هر يك از تعهداتي كه طبق اين قرارداد (و مقررات مربوط) بر عهده گرفته ام تخلف نمايم، متعهد هستم كليه هزينه دانشگاه محل تحصيل را براساس شهريه ثابت مصوب و تا پايان تحصيل محاسبه و به صورت يك جا و بدون هيچ گونه قيد و شرطي به دانشگاه علوم پزشكي شاهرود بپردازم. تشخيص دانشگاه علوم پزشكي شاهرود راجع به وقوع تخلف، كيفيت و كميت و ميزان هزينه ها و خسارات، قطعي و غير قابل اعتراض در مراجع قضایي و غيره است و موجب صدور اجرائيه از طريق دفترخانه خواهد بود.

3- تعهد می نمایم که دانشجوي اخراجي يا محروم از تحصيل دانشگاه ها و مراكز آموزش عالي داخل كشور نمي باشم.

4-تعهد می نمایم در زمان تنظيم اين تعهد نامه دانشجوي شاغل به تحصيل در هيچ كدام از دانشگاه ها و موسسات آموزش عالي مراكز علمي (دولتي و غيردولتي) نبوده و چنانچه خلاف آن در هر مقطع از تحصيلات محرز گردد دانشگاه مجاز خواهد بود از ادامه تحصيل اينجانب جلوگيري نموده و در صورت اتمام تحصيل از ارائه مدارك تحصيلي به اينجانب خودداري نمايد.

5-تعهد می نمایم در صورت عدم رعايت قوانين و مقررات مربوطه، دانشگاه علوم پزشكي شاهرود مي تواند مطابق آخرين آيين نامه هاي انضباطي مصوب شوراي عالي انقلاب فرهنگي و همچنين آيين نامه هاي آموزشي و مصوبات شوراي آموزشي دانشگاه برخورد نمايد.

6-هر گونه افزايشی كه تا پايان دوره تحصيلي در ميزان شهريه ها اعمال گردد را مي پذيرم و حق هر گونه ادعا نسبت به استرداد شهريه هاي پرداختي به دانشگاه را از خود سلب مي نمايم.

7-بديهي است كه ارائه مدرك تحصيلي منوط به اتمام دوره آموزشي بر مبناي ضوابط و مقررات مربوطه خواهد بود و چنانچه دانشجو به هر دليلي از ادامه تحصيل استنكاف نمايد مدارك تحصيلي وي تا زمان تسويه حساب كامل مسترد نخواهد گرديد.

8-ضمن عقد خارج لازم مي پذيرم كه دانشگاه علوم پزشكي شاهرود از طرف اينجانب در تشخيص تخلف از تعهدات فوق و تعيين ميزان خسارت و وصول آن، وكيل، و در صورت فوت، وصي است تا نسبت به احراز و اثبات تخلف از موارد فوق و تعيين ميزان خسارت از طرف اينجانب با خود مذاكره کند و در صورت توافق يا مصالحه هيچ ضرورتي به مراجعه به مقام قضایي يا مرجع ديگر جهت تعيين اين موارد وجود نخواهد داشت. در هر حال تشخيص دانشگاه علوم پزشكي شاهرود درتعيين هزينه هاي مذكور قطعي و غيرقابل اعتراض و موجب صدور اجرائيه از طرف دفترخانه و يا مراجع قضایي خواهد بود.

9-نشاني اقامتگاه اينجانب، نشاني مندرج در اين سند مي باشد و تمام ابلاغ هاي ارسالي به اين محل، به منزله ابلاغ قانوني به اينجانب بوده و چنانچه نشاني خود را تغيير دهم ظرف 48 ساعت مراتب را به دفترخانه تنظيم كننده سند و دانشگاه علوم پزشكي شاهرود اطلاع خواهم داد و الا ابلاغ كليه اوراق و اخطاريه ها به محل تعيين شده در اين سند قطعي و غيرقابل اعتراض از سوي اينجانب مي باشد.

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

1-آقاي/خانم............................................. فرزند........................ به شماره شناسنامه.......................................... داراي كد ملي شماره.......................................... شغل .......................................................... نشاني محل كار..................................................................................................................................................................... كدپستي محل كار.................................................. نشاني محل سكونت.............................................................................................................................................. كدپستي محل سكونت......................................................تلفن ثابت..................................................................تلفن همراه................................................................

2- آقاي/خانم............................................. فرزند........................ به شماره شناسنامه.......................................... داراي كد ملي شماره.............................. شغل .......................................................... نشاني محل كار...................................................................................................................................................... كدپستي محل كار.................................................. نشاني محل سكونت.............................................................................................................................................. كدپستي محل سكونت......................................................تلفن ثابت..................................................................تلفن همراه................................................................

با آگاهي كامل از تعهدات دانشجو، ضمن عقد خارج لازم و بر مبناي ماده 10 قانون مدني كليه تعهدات فوق الذكر دانشجو را به صورت تضامني تعهد و تضمين مي نمايم، چنانچه دانشجوي مذكور به تعهدات خود به شرح فوق الذكر عمل نكند و از هر يك از تعهدات فوق تخلف كند و منظور دانشگاه علوم پزشكي شاهرود عملي نشود، نقض تعهد دانشجو به منزله نقض تعهد اينجانبان بوده و دانشگاه علوم پزشكي شاهرود حق دارد، بدون هيچ گونه تشريفات، به صرف اعلام به دفترخانه، در مورد تخلف از هريك تعهدات فوق، از طريق صدور اجرائيه كليه هزينه هاي انجام شده بابت دانشجو تا پايان تحصيل (به شرح فوق) به علاوه كليه خسارات وارده را، از اموال اينجانبان راساً استيفا كند و ضمن عقد خارج لازم، دانشگاه علوم پزشكي شاهرود 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 هزينه ها و خسارات و مطالبات از طرف اينجانبان با خود مصالحه نمايد و با انجام مصالحه هيچ ضرورتي جهت مراجعه به مقام قضائي با مرجع ديگر براي تعيين اين موارد وجود نخواهد داشت و تعيين و تشخيص دانشگاه مذكور قطعي و غير قابل اعتراض و موجب صدور اجرائيه خواهد بود. دانشگاه مذكور مجاز است مطالبات خود را از محل حقوق يا هر محل ديگري از اموال و دارايي هاي اينجانبان وصول كند و اينجانبان متضامناً در برابر دانشگاه مذكور متعهد به انجام تعهدات فوق و جبران خسارت و پرداخت مطالبات فوق هستيم. تبصره: تعهد و مسئوليت ضامنان با يكديگر و با متعهد سند نسبت به انجام تعهدات و پرداخت خسارات مندرج در اين سند تضامني است و دانشگاه علو پزشكي شاهرود مي تواند 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 اجرایی ثبتي را به منظور وصول مطالبات دولت و خسارات تعقيب نموده و يا نسبت به طرح دعوی اقدام نمايد.

نام و نام خانوادگي دانشجو: امضاء

نام و نام خانوادگي ضامن اول: امضاء

نام و نام خانوادگي ضامن دوم: امضاء

محل امضاي نماينده وزارت بهداشت/ نماينده دانشگاه (به نيابت)