



فرم تعهد عام شماره ۲ دانشجویان کارشناسی ارشد

اینجانب فرزند به شماره شناسنامه صادره
از ساکن (نشانی کامل)
که با هزینه دولت برای ادامه تحصیل در رشته مقطع سال تحصیلی
در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان سمنان پذیرفته شده‌ام ضمن عقد خارج لازم متعهد می‌شوم ضوابط وزارت بهداشت،
درمان و آموزش پزشکی که از مفاد آن اطلاع حاصل کرده‌ام را رعایت نموده اقدامی که خلاف شئون 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 و یا بعد از پایان دوره تحصیل از انجام تعهدات که یک برابر ایام تحصیل می‌باشد استتکاف نمایم متعهد می‌گردم معادل
دو برابر شهریه و هزینه تحصیلی مصروفه را به تشخیص وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بصورت یکجا و بدون هیچگونه 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 وزارت خانه اطلاع
دهم و الا ارسال کلیه اختاریه ها و ابلاغها به محل تعیین شده در این تعهد نامه ابلاغ قانونی تلقی می‌شود.

نام و نام خانوادگی :

تاریخ :

محل امضاء متعهد