



بسمه تعالی

فرم تعهد نامه عام

(شهریه پرداز Ph.D)

معاونت آموزشی

اینجانب.....فرزند..... به شماره شناسنامه متولد / / ۱۳ صادره
از ساکن(نشانی کامل)
که با هزینه دولت برای ادامه تحصیل در رشته در نیمسال اول □ نیمسال دوم □ سال
تحصیلی ۱۴ - ۱۴ در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان پذیرفته شده ام متعهد
می شوم کلیه ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که در بدو ثبت نام از مفاد آن اطلاع حاصل
کرده ام را رعایت نموده و اقدامی که خلاف شئون دولت جمهوری اسلامی ایران ومقررات جاری کشور باشد
بعمل نیآورم و دوره تحصیلی ام را در مدت معمول برابر مقررات آن با موفقیت بگذرانم. ضمناً موظف هستم در
طول تحصیل به طور تمام وقت در اختیار دانشگاه محل تحصیل باشم و پس از اتمام دوران تحصیل برابر مدت
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 می باشد استنکاف نمایم، متعهد می گردم 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 دانشگاه محل تحصیل خود اطلاع دهم. در غیر اینصورت ارسال کلیه اختاریه ها و ابلاغ
ها به محل تعیین شده در این تعهد نامه ابلاغ قانونی تلقی می شود .

نام و نام خانوادگی

امضاء متعهد

تاریخ