



تاسیس ۱۳۰۷

دانشگاه صنعتی خواجه نصیرالدین طوسی

فرم شماره ۴

تعهد آموزش رایگان

فرم مخصوص اخذ تعهد از پذیرفته‌شدگان منطقه ۱، خانواده معظم شهدا، شاهد، رزمندگان، آزادگان، جانبازان
انقلاب اسلامی، برای کلیه رشته‌ها در آزمون سراسری

اینجانب نام نام خانوادگی فرزند متولد سال به شماره شناسنامه
صادره از محل تولد ساکن در گروه آزمایشی در آزمون سراسری سال در رشته
(بجز رشته‌های دبیری) در مقطع دانشگاه یا موسسه آموزش عالی
جزو داوطلبان سهمیه منطقه یک و یا سایر سهمیه‌ها (بجز سهمیه مناطق ۲ و ۳) پذیرفته شده‌ام در کمال میل و اختیار ضمن عقد
خارج لازم متعهد و ملتزم می‌شوم که پس از گذراندن دوره تحصیلی در مقطع فوق پس از تعیین تکلیف خدمت وظیفه عمومی
بمدت یک برابر زمان تحصیل خود در مناطقی که :

۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین می‌کند (برای رشته‌های تحصیلی گروه آموزش پزشکی).

۲- سازمانها و ادارات دولتی و ارگانها و نهادهای انقلاب اسلامی تعیین می‌کنند (برای سایر رشته‌ها).

در وهله اول در صورت نیاز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمانها و ادارات دولتی و ارگانها و نهادهای انقلاب
اسلامی (برحسب موارد ۱ و ۲) خدمت نمایم. و در صورت عدم نیاز وزارتخانه‌ها و یا سازمانهای مذکور در بخش خصوصی به
تشخیص و معرفی وزارت کار و امور اجتماعی خدمت نمایم. چنانچه ظرف یکسال پس از پایان تحصیل (بدون احتساب خدمت
وظیفه عمومی) از انجام خدمت بنحو فوق استنکاف نمایم وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارتخانه‌های مربوطه مجاز و مختارند
علاوه بر استرداد برابر هزینه‌های سرانه دانشجوی در طول مدت تحصیل از تحویل مدارک تحصیلی تا انجام خدمت مذکور خودداری
نمایند. مفاد این تعهد بمعنی اجرای تعهد آموزش رایگان می‌باشد و به موجب این تعهد ضمن عقد خارج لازم به وزارت علوم
، تحقیقات و فناوری و وزارتخانه‌های مربوطه و کالت می‌دهم در صورت تخلف از مفاد این تعهد و استنکاف از آن که خارج از حیطه
اقتدار اینجانب نباشد یک برابر هزینه‌های مصروفه سرانه دانشجوی را در مدت تحصیل از اموال اینجانب برداشت نمایند. تشخیص
وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارتخانه‌های ذیربط در مورد کیفیت تخلف و میزان هزینه‌های مصروفه غیر قابل اعتراض بوده و
صرف اعلام وزارتخانه‌های مذکور برای اینجانب قطعی و لازم الاجراست.

توضیح: برای رشته‌های گروه آموزشی پزشکی

۱- خدمات مزبور (تعهد) جزو خدمات قانونی گروه پزشکی محسوب می‌شود .

۲- تا انجام تعهدات مذکور در این تعهدنامه حق شرکت در

درجات تحصیلی بالاتر اندازم مگر با موافقت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

محل سکونت دائمی:

نام و نام خانوادگی :

تاریخ:

امضاء