تاريخ: ............................................

شماره: ..........................................

فرم شماره 1

**به نام خدا**

**فرم‌ اخذ تعهد از فارغ‌التحصيلان‌ دانشگاه‌ها و مؤسسات‌ آموزش‌ عالي‌ داخل‌ و خارج ‌از كشور**

**و دانشجويان‌ فعلي‌ و انصرافي‌ دانشگاه‌ها و مؤسسات‌ آموزش‌ عالي‌ كشور**

اينجانب؛

نام ........................... نام‌خانوادگي .................................................. فرزند ........................... متولد سال ‌..................... داراي‌ کدملي/ شماره شناسنامه........................................................... صادره از ................................................... ساكن ..........................................‌ در آزمون‌ سراسري ‌سال 1404 در گروه ‌آزمايشي ..................................... در رشته ...................................... (کد ) دانشگاه / مؤسسه ‌آموزش عالي ............................................................................. پذيرفته‌ شده‌ام‌، متعهد مي‌شوم‌:

1- فارغ‌التحصيل‌ دانشگاه‌ها و مؤسسات‌ آموزش‌ عالي‌ داخل‌ و خارج‌ از كشور در مقطع‌ بالاتر:

الف) از مقطع كارداني ‌‌در رشته‌هاي تحصيلي گروه آموزش پزشكي فارغ‌التحصيل شده‌ام 🌕 نشده‌ام 🌕

ب) از مقطع كارشناسي در رشته‌هاي تحصيلي دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالي فارغ‌التحصيل شده‌ام 🌕 نشده‌ام 🌕

ج) دانشجوي‌ فعلي‌ یا اخراجي‌ دانشگاه‌ها و مؤسسات‌ آموزش‌ عالي‌ داخل‌ كشور مي‌باشم.‌ 🌕 نمي‌باشم‌ 🌕

د) قبل‌ از ثبت‌نام در رشته قبولی جدید، از تحصيل‌ در رشته قبلی خود انصراف‌ قطعي‌ حاصل‌ نموده‌ و گواهي‌ از مؤسسه ‌آموزش‌ عالي‌ ذيربط و اداره‌ كل‌ امور دانشجويان‌ مربوط را دريافت‌ داشته‌ام 🌕

**تبصره:** دانشجويان فعلي دوره روزانه، نوبت دوم (شبانه)،‌ نيمه حضوري و مؤسسات غيرانتفاعي دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالي كه از معافيت تحصيلي استفاده نمي‏كنند، مجاز بوده‌اند بدون ‌انصراف‌ از تحصيل در آزمون سراسري‌ ثبت‏نام و شركت نمايند. بديهي است در صورت قبولي در آزمون سراسري، اين‌دسته از متقاضیان‌ باید قبل از ثبت‏نام در رشته قبولي جديد، از رشته قبولي قبلي خود انصراف قطعي حاصل نموده و گواهي مربوط را به مؤسسه‌ ذيربط‌ ارائه نمايند. لازم به‌ توضيح ‌است‌ كه‌ اين‌‌‎دسته‌ از متقاضیان حق بازگشت و ادامه تحصيل در رشته قبولي قبلي خود را ندارند.

ضمناً در صورت‌ عدم‌ صحت‌ مطالب‌ فوق‌ اين‌ مؤسسه/ ‌دانشگاه‌ مي‌تواند از تحصيل‌ اينجانب‌ در هر مقطعي‌ از تحصيل‌ ممانعت‌ به عمل‌ آورده‌ و مطابق‌ مقررات‌ مربوطه‌ اقدام‌ نمايد.

**محل سكونت‌** : ...............................................................................................................................................................................................................................

تاريخ‌: ....................................

امضاء و اثر انگشت:

تاريخ: .............................................

شماره: ...........................................

فرم شماره 2

**به نام خدا**

**فرم‌ مخصوص ‌اخذ تعهد از پذيرفته‌شدگان‌ منطقه ‌1، رزمندگان و ايثارگران‌،**

**براي‌ همه‌ي ‌رشته‌ها در آزمون‌ سراسري‌ 1404**

**اينجانب‌**:

نام ‌.......................... نام‌خانوادگي‌ .................................................. فرزند .......................... متولد سال‌ ..................................... داراي کد ملي / ‌شماره‌‌شناسنامه ................................................... صادره ‌از ..................................... محل‌ تولد ........................... ساكن ................................................. كه‌ در گروه ‌آزمايشي ................................ در آزمون‌ سراسري سال 1404 در رشته........................................................ (**بجز رشته‌هاي بورسیه**) در مقطع ............................................. دانشگاه‌ / مؤسسه‌ آموزش‌ عالي ‌................................................................................................... جزو متقاضیان ‌سهميه‌ منطقه‌ يك‌ یا ساير سهميه‌ها (بجز سهميه‌ مناطق‌ 2 و 3) پذيرفته‌ شده‌ام‌ در كمال ‌ميل‌ و اختيار، ضمن‌ عقد خارج‌ لازم‌ متعهد و ملتزم‌ مي‌شوم‌ كه‌ پس‌ از گذراندن‌ دوره‌ تحصيلي‌ در مقطع‌ فوق‌ پس‌ از تعيين‌ تكليف‌ خدمت‌ وظيفه‌ عمومي‌ به مدت‌ **يك‌ برابر زمان‌ تحصيل‌** خود در مناطقي‌ كه‌:

1. وزارت‌ بهداشت‌، درمان‌ و آموزش‌ پزشكي‌ تعيين‌ مي‌كند (براي‌ رشته‌هاي‌ تحصيلي‌ گروه‌ آموزش‌ پزشكي‌).
2. سازمان‌ها و ادارات‌ دولتي‌ و ارگان‌ها و نهادهاي‌ انقلاب‌ اسلامي‌ تعيين‌ مي‌كنند (براي‌ ساير رشته‌ها).

در وهله‌ اول‌ در صورت‌ نياز وزارت‌ بهداشت‌، درمان‌ و آموزش‌ پزشكي‌، سازمان‌ها و ادارات‌ دولتي‌ و ارگان‌ها و نهادهاي‌ انقلاب‌ اسلامي‌ (بر حسب‌ موارد 1 و 2) خدمت‌ نمايم و در صورت‌ عدم‌ نياز وزارتخانه‌ها یا سازمان‌هاي‌ مذكور در بخش‌ خصوصي‌ به‌ تشخيص‌ و معرفي ‌وزارت‌ كار و امور اجتماعي‌ خدمت‌ نمايم‌. چنانچه‌ ظرف‌ يكسال‌ پس‌ از پايان‌ تحصيل‌ (بدون‌ احتساب‌ خدمت‌ وظيفه‌ عمومي‌) از انجام ‌خدمت‌ به نحو فوق‌ استنكاف‌ نمايم‌ وزارت‌ علوم، تحقيقات و فناوري و وزارتخانه‌هاي‌ مربوطه‌ مجاز و مختارند علاوه‌ بر استرداد برابر هزينه‌هاي‌ سرانه‌ دانشجو در طول‌ مدت‌ تحصيل،‌ از تحويل‌ مدارك‌ تحصيلي‌ تا انجام‌ خدمت‌ مذكور خودداري‌ نمايند. مفاد اين‌ تعهد به معني ‌اجراي‌ تعهد آموزش‌ رايگان‌ است و به‌ موجب‌ اين‌ تعهد ضمن‌ عقد خارج‌ لازم‌ به‌ وزارت علوم، تحقيقات و فناوري و وزارتخانه‌هاي‌ مربوط ‌وكالت‌ مي‌دهم‌ در صورت‌ تخلف‌ از مفاد اين‌ تعهد و استنكاف‌ از آن‌ كه‌ خارج‌ از حيطه‌ اقتدار اينجانب‌ نباشد يك‌ برابر هزينه‌هاي‌ مصروفه ‌سرانه‌ دانشجو را در مدت‌ تحصيل‌ از اموال‌ اينجانب‌ برداشت‌ نمايند. تشخيص‌ وزارت‌ علوم، تحقيقات و فناوري و وزارتخانه‌هاي‌ ذيربط در مورد كيفيت‌ تخلف‌ و ميزان‌ هزينه‌هاي‌ مصروفه‌ غيرقابل‌ اعتراض‌ بوده‌ و صرف‌ اعلام‌ وزارتخانه‌هاي‌ مذكور براي‌ اينجانب‌ قطعي‌ و لازم‌الاجراست‌.

**توضيح‌**: براي‌ رشته‌هاي‌ گروه‌ آموزشي‌ پزشكي‌

1. خدمات‌ مزبور (تعهد) جزو خدمات‌ قانوني‌ گروه‌ پزشكي‌ محسوب‌ مي‌شود.
2. تا انجام ‌تعهدات‌ مذكور در اين ‌تعهدنامه ‌حق ‌شركت‌ در درجات‌ تحصيلي‌ بالاتر را ندارم ‌مگر با موافقت ‌وزارت ‌بهداشت‌، درمان ‌و آموزش‌ پزشكي‌.

**محل سكونت‌** : ...............................................................................................................................................................................................................................

تاريخ‌: ....................................

امضاء و اثر انگشت:

تاريخ: .............................................

شماره: ...........................................

فرم شماره 3

**به نام‌ خدا**

**فرم‌ مخصوص‌ اخذ تعهد از پذيرفته‌‌شدگان ‌رشته‌هاي ‌مختلف‌ تحصيلي‌ (به‌ غير از رشته‌هاي ‌گروه ‌آموزش‌ ‌پزشكي‌) سهميه‌هاي مناطق‌ 2 و 3 در آزمون‌ سراسري‌ 1404**

**اينجانب‌**:

نام ‌.................. نام‌خانوادگي‌ ................................... فرزند ...................... متولد سال ‌.................. داراي کدملي / ‌شماره‌شناسنامه ....................................... صادره ‌از ............................ محل‌تولد ........................ ساكن .......................................... كه‌ در گروه ‌آزمايشي ........................... در آزمون‌ سراسري سال 1404 در رشته ............................ در مقطع ................... دانشگاه‌ / مؤسسه‌ آموزش‌ عالي ‌............................... با استفاده ‌از سهميه‌ منطقه 2🌕 / منطقه‌ 3🌕 پذيرفته‌ شده‌ام‌، با كمال‌ ميل‌ و اختيار ضمن‌ عقد خارج‌ لازم‌ متعهد و ملتزم‌ مي‌شوم‌ كه‌ پس‌ از گذراندن‌ دوره‌ تحصيلي‌ در مقطع‌ فوق‌ و بعد از تعيين تكليف خدمت وظيفه عمومي نسبت به انجام تعهد آموزش رايگان‌ به مدت‌ **يك برابر زمان‌ تحصيل‌** خود و همچنين تعهد سهميه خويش (در مجموع **دو برابر**) را به ترتيب‌ اولويت‌ در مناطق‌ ذيل‌:

1. شهرستان‌هاي‌ واقع‌ در سهميه‌ منطقه‌ ثبت‌نامي‌ در آزمون‌ سراسري‌.
2. ساير مناطق‌ به تشخيص وزارت علوم، تحقيقات و فناوري.

در وهله‌ اول‌ در صورت‌ نياز سازمان‌ها و ادارات‌ دولتي‌ و ارگان‌ها و نهادهاي‌ انقلاب‌ اسلامي‌ و در صورت‌ عدم‌ نياز سازمان‌ها و ارگان‌هاي‌ مذكور در بخش‌ خصوصي‌ به‌ تشخيص‌ و معرفي‌ وزارت‌ كار و امور اجتماعي‌ خدمت‌ نمايم‌. چنانچه‌ ظرف‌ يك‌سال‌ پس‌ از پايان‌ تحصيل‌ (بدون‌ احتساب‌ خدمت‌ وظيفه‌ عمومي‌) از انجام‌ خدمت‌ به نحو فوق‌ استنكاف‌ نمايم‌، وزارت‌ ‌علوم، تحقيقات و فناوري مجاز و مختار است‌ علاوه‌ بر استرداد دو برابر هزينه‌هاي‌ سرانه‌ دانشجو در طول‌ مدت‌ تحصيل‌ از تحويل ‌مدارك‌ تحصيلي‌ تا انجام‌ خدمت‌ مذكور خودداري‌ نمايد. مفاد اين‌ تعهد مانع‌ از اجراي‌ تعهد آموزش‌ رايگان‌ نبوده‌ و تعهد آموزش‌ رايگان ‌را پس‌ از اتمام‌ تعهد مذكور انجام‌ خواهم‌ داد. به‌ موجب‌ اين‌ تعهد ضمن‌ عقد خارج‌ لازم‌ به‌ وزارت‌ وكالت‌ مي‌دهم‌ در صورت‌ تخلف‌ از مفاد اين‌ تعهد و استنكاف‌ از آن‌ كه‌ خارج‌ از حيطه‌ اقتدار اينجانب‌ نباشد دو برابر هزينه‌هاي‌ مصروفه‌ سرانه‌ دانشجو را در مدت‌ تحصيل‌ از اموال‌ اينجانب‌ برداشت‌ نمايد. تشخيص‌ وزارت‌ ‌علوم، تحقيقات و فناوري در مورد كيفيت‌ تخلف‌ و ميزان‌ هزينه‌هاي‌ مصروفه ‌غيرقابل‌ اعتراض‌ بوده‌ و صرف‌ اعلام‌ وزارت‌ مذكور براي‌ اينجانب‌ قطعي‌ و لازم‌الاجراست‌.

**محل سكونت‌** : ...............................................................................................................................................................................................................................

تاريخ‌: ....................................

امضاء و اثر انگشت:

فرم شماره 4

تاريخ: .............................................

شماره: ............................................

**به نام خدا**

**فرم‌ مخصوص‌ اخذ تعهد از پذيرفته‌شدگان‌ رشته‌هاي‌ مختلف‌ گروه‌ آموزشي‌ پزشكي‌ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي در سهميه‌هاي‌ مناطق‌ 2 و 3 در آزمون‌ سراسري‌ 1404**

اينجانب‌: نام ‌......................... نام‌خانوادگي‌ ........................... فرزند ................... متولد سال‌............................ داراي کدملي/‌شماره‌‌شناسنامه .............................

صادره ‌از ............................. محل‌ تولد .................................... ساكن .......................................... كه‌ در گروه ‌آزمايشي ............................. در آزمون‌ سراسري سال 1404 در رشته ............................................... در مقطع .................................... دانشگاه‌ / مؤسسه‌ آموزش‌ عالي ‌................................................. با استفاده ‌از سهميه‌ منطقه 2🌕 / منطقه‌ 3🌕 پذيرفته‌ شده‌ام‌، در كمال‌ ميل‌ و اختيار ضمن‌ عقد خارج‌ لازم‌ متعهد و ملزم‌ مي‌شوم‌ كه‌ پس‌ از گذراندن‌ دوره‌ تحصيلي‌ در مقطع‌ فوق‌ علاوه بر تكليف قانوني خدمت رايگان به مدت **يك برابر زمان‌ تحصيل‌** و همچنين تعهدات منطقه‌اي (در مجموع **دو برابر**) ‌خدمت نمايم و به ترتيب‌ اولويت‌ در مناطق‌ ذيل‌:

1. شهرستان‌هاي‌ واقع‌ در سهميه‌ منطقه‌ ثبت‌نامي‌ در آزمون‌ سراسري.
2. مناطق‌ محروم‌تر به‌ تشخيص‌ وزارت‌ بهداشت‌، درمان‌ و آموزش‌ پزشكي.

در وهله‌ اول‌ در صورت‌ نياز وزارت‌ بهداشت‌، درمان‌ و آموزش‌ پزشكي‌، سازمان‌ها و ادارات‌ دولتي‌ و ارگان‌ها و نهادهاي‌ انقلاب‌ اسلامي‌ و در صورت‌ عدم‌ نياز وزارت‌ مذكور، در ساير ادارات‌ و در بخش‌ خصوصي‌ به‌ تشخيص‌ سازمان‌ اداري‌ و استخدامي‌ كشور و وزارت‌ كار و امور اجتماعي‌ خدمت‌ نمايم‌ و چنانچه‌ ظرف‌ يك­سال‌ پس‌ از پايان‌ تحصيل‌ (بدون‌ احتساب‌ خدمت‌ وظيفه‌ عمومي‌) از انجام‌ خدمت‌ به نحو فوق ‌استنكاف‌ نمايم‌، وزارت‌ بهداشت‌، درمان‌ و آموزش‌ پزشكي‌ مجاز و مختار است‌ كه‌ نسبت‌ به‌ استرداد دو برابر هزينه‌هاي‌ سرانه‌ دانشجو در طول‌ مدت‌ تحصيل‌ اقدام‌ و وزارت‌ ‌علوم، تحقيقات و فناوري و وزارت‌ بهداشت‌، درمان‌ و آموزش‌ پزشكي‌ مجازند از تحويل‌ مدارك‌ تحصيلي‌ تا انجام ‌خدمت‌ مذكور خودداري‌ نمايند. مفاد اين‌ تعهد مانع‌ از اجراي‌ تعهد آموزش‌ رايگان‌ و نيز خدمت‌ وظيفه‌ عمومي‌ نبوده‌ و تعهد آموزش‌ رايگان ‌را پس‌ از اتمام‌ تعهد مذكور انجام‌ خواهم‌ داد. به موجب‌ اين‌ تعهد ضمن‌ عقد خارج‌ لازم‌ به‌ وزارت‌ بهداشت‌، درمان‌ و آموزش‌ پزشكي‌ وكالت ‌مي‌دهم‌ در صورت‌ تخلف‌ از مفاد اين‌ تعهد و استنكاف‌ از آن‌ كه‌ خارج‌ از حيطه‌ اقتدار اينجانب‌ نباشد دو برابر هزينه‌هاي‌ مصروفه‌ سرانه ‌دانشجو را در مدت‌ تحصيل‌ از اموال‌ اينجانب‌ برداشت‌ نمايند. تشخيص‌ وزارت‌ بهداشت‌، درمان‌ و آموزش‌ پزشكي‌ در مورد كيفيت‌ تخلف‌ و ميزان‌ هزينه‌هاي‌ مصروفه‌ غيرقابل‌ اعتراض‌ بوده‌ و صرف‌ اعلام‌ وزارت‌ مذكور براي‌ اينجانب‌ قطعي‌ و لازم‌الاجراست‌.

توضيح‌ اينكه‌:

1. خدمات‌ مزبور (تعهد) جزو خدمات‌ قانوني‌ گروه‌ پزشكي‌ محسوب‌ مي‌شود.
2. تا زمان‌ انجام‌ تعهدات‌ مذكور در اين‌ تعهدنامه‌ حق‌ شركت‌ در درجات‌ تحصيلي‌ بالاتر را ندارم‌ مگر با موافقت‌ وزارت‌ بهداشت‌، درمان‌ و آموزش‌ پزشكي.

**محل سكونت‌** : ...................................................................................................................................................................................................................................

تاريخ‌: ............................

**امضا و اثر انگشت:**

فرم شماره 5

تاريخ: ..............................................

شماره: .............................................

به نام‌ خدا

**فرم اخذ تعهد از پذيرفته‌شدگان سهميه 100 درصد بومي**

**آزمون سراسري سال** 1404 **با سهميه مناطق 2 و 3 (موضوع سهميه بومي استان/بومي شهري)**

نظر به اينكه مقرر شده، اينجانب ......................................... فرزند ...................... به شماره‌ ملی / شناسنامه ........................................ صادره از ..................... متولد ................ ساكن ......................................................................................................................................... كدپستي: ....................................... با استفاده از سهميه منطقه2/منطقه3 در مقطع تحصيلي ............................. رشته تحصيلي ................................................ در دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ......................................... تحصيل نمايم، برابر مقررات و آيين‌نامه‌هاي وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي و دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ......................... كه از مفاد آنها كاملاً آگاه و مطلع هستم، به موجب عقد خارج لازم متعهد و ملتزم مي‌­شوم:

در مقطع ................... رشته ............................................... تحصيل كرده و مطابق ضوابط مربوطه دوره مذكور را به پايان رسانده، درجه ....................... را در رشته مذكور اخذ نمايم و همه مقررات مربوط به دوره آموزشي و دانشگاه محل تحصيل را رعايت كنم، و صرفاً به امر تحصيل و كارهاي علمي اشتغال داشته 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.

بلافاصله پس از پايان دوره مجاز تحصيلي، خود را به دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ................................... معرفي كنم و بر اساس قوانين و مقررات مربوط و ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي، علاوه بر خدمات موضوع قانون خدمت پزشكان و پيراپزشكان، دو برابر مدت تحصيل در دانشگاه علوم پزشكي ............................................ و در صورت عدم نياز دانشگاه ياد شده، در هر محلي كه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي تعيين نمايد، خدمت كنم.

در صورتي که به دلايل آموزشي، سياسي، و اخلاقي و غيره، موفق به اتمام تحصيلات در مدت مقرر و مطابق ضوابط آموزشي نشوم یا از ادامه تحصيل انصراف دهم یابعد از پايان دوره ................................... به هر دليل از انجام تعهد فوق‌الذكر استنكاف نمايم یا بلافاصله پس از پايان دوره مجاز تحصيل، خود را به دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ...................................... معرفي نكنم، يا به محل تعيين شده از سوي دانشگاه علوم پزشكي ياد شده جهت انجام خدمت مراجعه نكنم، یا صلاحيت اشتغال به كار نداشته باشم یا پس از شروع به كار به هر علتي از مؤسسه محل خدمت اخراج شوم یا 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 دو برابر همه هزينه‌هاي انجام شده از سوي وزارت بهداشت و دانشگاه محل تحصيل (از جمله هزينه‌هاي: تحصيل، اسكان، حقوق و مزاياي پرداختي، ‌كمك هزينه تحصيلي، هزينه كتاب 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 دانشگاه علوم پزشكي ........................................... 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: 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.

اعطاي دانشنامه، صرفاً با انجام تعهدات قانوني و قراردادي موضوع اين سند امكان‌پذير است و چنانچه به هر دليل موفق به انجام تعهدات خود نشوم، دانشنامه تحصيلي یاهرگونه گواهي فراغت از تحصيل و مدرك تحصيلي و ريز نمرات به اينجانب اعطا نخواهد شد. همچنين تا اتمام تعهدات، سند تعهد اينجانب فسخ نمي‌شود.

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 همواره حق دارد انجام اصل تعهدات در محل تعيين شده در سند یادر هر محل ديگري را كه صلاح مي‌داند از اينجانب درخواست نمايد.

ضمن عقد خارج لازم شرط شد كه وزارت مزبور 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 وصول 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 تعيين هزينه‌ها توسط وزارت بهداشت، قطعي و غيرقابل اعتراض و موجب صدور اجرائيه از طرف دفترخانه یا مراجع قضايي خواهد بود.

نشاني اقامتگاه اينجانب، ‌نشاني مندرج در اين سند است ‌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 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي اطلاع خواهم داد، و الا ابلاغ همه اوراق و اخطاريه‌ها به محل تعيين شده در اين سند ‌قطعي و غيرقابل اعتراض از سوي اينجانب است.

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

1- آقاي/خانم .................................... فرزند ............................... به شماره‌شناسنامه ............................. داراي كدملي شماره .................................. شغل ............................... نشاني محل كار ....................................................................................... كدپستي محل كار .................................... نشاني محل سكونت ............................................................................................................................... كدپستي محل سكونت ...................................

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

با آگاهي كامل از تعهدات دانشجو، ضمن عقد خارج لازم 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 هيچ‌گونه تشريفات، به صرف اعلام به دفترخانه، در مورد تخلف از هر يك از تعهدات فوق، از طريق صدور اجرائيه دو برابر هزينه‌هاي انجام شده بابت دانشجو (به شرح فوق) به علاوه همه خسارات وارده را، از اموال اينجانبان راساً استيفا كند و ضمن عقد خارج لازم، 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 یاهر 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 مسئوليت ضامنان با يكديگر و با متعهد سند نسبت به انجام تعهدات و پرداخت خسارات مندرج در اين سند تضامني است و دانشگاه مزبور مي‌تواند براي دريافت تمام يا بخشي از خسارت مستقيماً عليه هر يك از متعهد و ضامنين یادر آن واحد عليه تمامي آنها اجرائيه صادر و عمليات اجرائي ثبتي را به منظور وصول مطالبات دولت و خسارات تعقيب نموده یانسبت 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 طرف قرارداد

محل امضاء ضامنين

محل امضاء وزارت بهداشت/ نماينده دانشگاه علوم پزشكي (به نيابت)

فرم شماره 6

تاريخ: .............................................

شماره: ...........................................

**به نام‌ خدا**

**فرم مغايرت عكس داوطلب با چهره عكس الصاق شده بر روي فرم اطلاعات قبولي در آزمون سراسري سال 1404**

**(اين فرم باید توسط شخص دانشجو تكميل شود)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نام و نام‌خانوادگي:** | **نام پدر:** | **سال تولد:** |
| **شماره‌شناسنامه:** | **كد ملي:** | **شماره داوطلبي:** |

**اظهارات داوطلب:**

**................................................................................................................................................................................................................................................**

**................................................................................................................................................................................................................................................**

**................................................................................................................................................................................................................................................**

**................................................................................................................................................................................................................................................**

**................................................................................................................................................................................................................................................**

**................................................................................................................................................................................................................................................**

**................................................................................................................................................................................................................................................**

**محل سكونت‌** : ...............................................................................................................................................................................................................................

**تلفن تماس: ....................................................................**

|  |  |
| --- | --- |
| **امضاءداوطلب:** | **اثر انگشت داوطلب:** |

**اين فرم لازم است پس از تكميل و امضاء داوطلب، به همراه يك قطعه عكس بصورت رسمي به اين سازمان ارسال شود.**

فرم شماره 7

تاريخ: ..............................................

شماره: ..............................................

**به نام‌ خدا**

**فرم اخذ تعهد از پذيرفته‌‌شدگان سهميه استان‌هاي محروم در آزمون سراسري در اجراي مصوبه**

**شوراي عالي انقلاب فرهنگي**

اينجانب .......................................... فرزند ................................. متولد سال .................... داراي شماره ملی / ‌شناسنامه ............................................ صادره از ........................ ساكن ................................... كه ‌در آزمون‌ سراسري ‌سال 1404با استفاده ‌از سهميه استان‌هاي ‌محروم و در اجراي مصوبه شوراي عالي انقلاب فرهنگي در رشته ........................................... (كد ) دانشگاه / مؤسسه آموزش عالي ................................................... پذيرفته شده‌ام، متعهد مي­شوم پس از فراغت از تحصيل **سه برابر طول مدت** **تحصيل** در استان ذيربط با توجه به نياز اعلام شده از سوي دانشگاه علوم پزشكي خدمت نمايم. ضمناً تعهد مي‌نمايم بر اساس ضوابط اعلام شده در دفترچه راهنماي انتخاب رشته‌هاي ‌تحصيلي دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالي، نسبت به تكميل فرم مخصوص و تحويل آن به دانشگاه محل قبولي و دريافت معرفي‌نامه براي درج در پرونده قبل از نيمسال دوم سال تحصيلي جاري اقدام نمايم. بديهي است در صورت عدم انجام تعهد، آن دانشگاه / مؤسسه آموزش عالي مي‌تواند برابر مقررات مربوط از تحويل مدارك تحصيلي یا صدور هر نوع گواهي فراعت از تحصيل براي ادامه تحصيل یا اشتغال در غير از محل مورد تعهد و همچنين از ادامه تحصيل اينجانب در هر مقطع از تحصيل اقدام نمايد.

**محل سكونت‌** : ...............................................................................................................................................................................................................................

تاريخ: امضاء و اثر انگشت:

**. ...................................................................................................................................... ......................... ................................. ✂**

فرم شماره 8

تاريخ: ............................................

شماره: ...........................................

**به نام‌ خدا**

**فرم‌ اخذ تعهد از دارندگان‌ مدرك‌ كارداني‌ «داوطلبان مرد» پذيرفته ‌‌شده‌ در رشته‌هاي تحصيلي‌ مربوط در گروه ‌ذيربط‌ در آزمون‌ سراسري (براي دانش‌آموختگان‌ دوره‌ كارداني دانشگاه‌ها و مؤسسات‌ آموزش عالي و همچنين دوره كارداني نظام جديد)**

اينجانب ....................................................... فرزند ......................................... به‌ شماره ملی / ‌‌شناسنامه ............................................. كه‌ در مقطع‌ فوق ‌ديپلم ‌(كارداني‌) دانشگاه‌ها و مؤسسات ‌آموزش‌ ‌عالي ‌یا دانشگاه ملي مهارت حداكثر تا تاريخ 31/06/1404 از مؤسسه / دانشگاه ............................................ در رشتـه ‌........................................................... فارغ‌التحصيل‌ مي‌شوم و در آزمون‌ سراسري‌ سال .................... در گروه‌ آزمايشي ‌................... در رشته‌ ...................................................... مؤسسه‌/ دانشگاه ‌................................................... پذيرفته شدم، متعهد مي‌شوم‌:

1. فارغ‌التحصيل (حداكثر تا تاريخ 31/06/1404) دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالي یا دوره كارداني نظام جديد دانشگاه ملي مهارت هستم كه گواهي مربوط را از مؤسسه آموزش عالي ذيربط دريافت و ارائه مي‌نمايم.
2. از آنجائيكه‌ پس‌ از شركت‌ در آزمون‌ سراسري‌ به‌ خدمت‌ اعزام‌ شده‌ام‌ و دفترچه‌ آماده ‌به خدمت‌، تاريخ‌ اعزام ‌.............................. اينجانب‌ است و متعهد مي‌شوم‌ با توجه‌ به‌ اينكه‌ در رشته‌ تحصيلي‌ مربوط در گروه آزمايشي يا مطابق‌ ذيربط در مقطع‌ بالاتر از كارداني‌ پذيرفته‌ شده‌ام‌، به نحوي‌ در مقاطع‌ بالاتر فارغ‌التحصيل‌ شوم‌ كه‌ حداكثر طول‌ مدت‌ تحصيلم‌ از كارداني‌ به‌ مقاطع‌ بالاتر 2 سال ‌كمتر از طول‌ مدت‌ تحصيل‌ در رشته‌ قبولي‌ طبق‌ ضوابط وزارت‌ علوم، تحقيقات و فناوري باشد.

بديهي است در صورت عدم موافقت نظام وظيفه با تحصيل در رشته قبولي جديد، آن‌ مؤسسه /‌ دانشگاه‌ مي‌تواند از ادامه‌ تحصيل‌ اينجانب‌ در هر زمان ‌در طول تحصيل‌ ممانعت‌ به عمل‌ آورده‌ و مطابق ‌مقررات‌ مربوط اقدام‌ نمايد.

**محل سكونت‌** : ...............................................................................................................................................................................................................................

تاريخ‌: ....................................

امضاء و اثر انگشت:

**به نام‌ خدا**

فرم شماره 9

تاريخ: .........................................

شماره: ........................................

**فرم معرفي دانشجويان كارمند براي ثبت‌نام و ادامه تحصيل در دانشگاه**

به:

از:

با سلام و احترام

با توجه به اينكه آقاي / خانم ...................................................... كارمند رسمي قطعي 🌕 رسمي آزمايشي 🌕 پيماني 🌕

سازمان ..................................................................... در مقطع .......................................... رشته تحصيلي ............................................... (كد ) سال ...................................... آن دانشگاه پذيرفته‌ شده است و با آگاهي از اينكه تحصيل نامبرده در آن دانشگاه بصورت تمام وقت است، بدينوسيله موافق بدون قيد و شرط اين سازمان / وزارت را با ثبت‌نام و ادامه تحصيل ايشان اعلام مي‌نمايد. ضمنا حكم مرخصي 🌕 حكم ماموريت 🌕 نامبرده تا تاريخ ........................................... ارسال خواهد شد.

محل مهر و امضاء بالاترين مقام اداري

فرم شماره 10

تاريخ: .........................................

شماره: ........................................

به نام‌ خدا

**فرم اخذ تعهد محضري از پذيرفته‌‌شدگان طرح گزينش مناطق محروم و بومي استان‌هاي محروم در هريك از رشته‌هاي تحصيلي گروه آموزش پزشكي در آزمون سراسري** 1404

اينجانب .............................................. فرزند .................................... داراي شماره ملی / ‌شناسنامه .................................... صادره از .................................................... متولد .......................................... تبعه دولت جمهوري اسلامي ايران مقيم (آدرس كامل) ............................................................................................................................................................... بوده كه در آزمون سراسري سال 1404 با استفاده از سهميه استان .................................. در كدرشته مقطع ....................... در دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني .................................. پذيرفته شده‌ام. با علم و آگاهي كامل از مفاد قانون ثبت اسناد و آئين‌نامه‌هاي اجرائي آن و مطابق ماده 2 آيين‌نامه اجرايي تبصره ماده 8 موضوع لايحه قانوني اصلاح مواد 7 و 8 قانون تأمين وسايل و امكانات تحصيلي اطفال و جوانان ايراني مصوب 26/7/58 شوراي انقلاب جمهوري اسلامي ايران ملزم مي‌شوم كه در رشته مقطع .......................................... به تحصيل مشغول شوم و طبق ضوابط مربوط دوره مذكور را به پايان برسانم و مقررات مربوط به دوره دانشگاه محل تحصيل را رعايت نمايم و حداكثر ظرف مدت يك ماه پس از پايان دوره تحصيل خود را به دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني استان .......................................... معرفي نمايم و با توجه به مندرجات دفترچه آزمون سراسري چنانچه از سهميه ثبت‌نامي منطقه يك، رزمندگان، شاهد، خانواده شهدا و سهميه قبولي كد صفر (20% آزاد) استفاده نموده باشم، **برابر مدت تحصيل** و اگر از سهميه ثبت‌نامي مناطق 2 و 3 استفاده نموده باشم **دو برابر مدت تحصيل** را در هر محلي كه دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني استان ................................................... تعيين مي‌نمايد، خدمت نمايم.

در صورتي كه به دلايل آموزشي، سياسي و اخلاقي به جز در مواردي كه بعلت بيماري با تائيديه شوراي عالي پزشكي وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي موفق به ادامه تحصيل نشوم یا به دليلي از ادامه تحصيل اخراج شوم یا پس از اتمام دوره به هر دليلي از انجام خدمات مورد نظر استنكاف نمايم يا صلاحيت استخدام و اشتغال در دستگاه‌هاي دولتي را نداشته باشم یا پس از شروع به كار به هر علتي از مؤسسه محل خدمت اخراج شوم يا ترك خدمت نمايم یا حداكثر يك ماه پس از فراغت از تحصيل به محل تعهد خدمتي كه دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ......................................... تعيين مي‌نمايد جهت خدمت مراجعه ننمايم یا چنانچه از هر يك از تعهداتي كه طبق اين قرارداد بر عهده گرفته‌ام تخلف نمايم متعهد مي‌گردم معادل **3 برابر** كمك هزينه تحصيلي و همچنين سه برابر هزينه‌هاي مصروفه را به تشخيص دانشگاه محل تحصيل، بصورت يك­جا و بدون هيچگونه شرطي به صندوق دولت بپردازم و حق دريافت هرگونه گواهي فراغت از تحصيل و ريزنمرات از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي و دانشگاه محل تحصيل را نيز از خود سلب مي‌نمايم.

تشخيص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي راجع به وقوع تخلف و كميت و كيفيت و ميزان هزينه و خسارت، قطعي و غير قابل اعتراض بوده و مورد پذيرش اينجانب است. همچنين چنانچه نشاني خود را تغيير دهم، بايد فوراً مراتب را به دفترخانه تنظيم كننده سند و همچنين دانشگاه مذكور اطلاع دهم در غير اين صورت ارسال همه ابلاغات و اخطاريه‌ها به محل تعيين شده در اين سند ابلاغ قانوني تلقي مي‌شود.

براي تضمين حسن اجراي تعهدات اين سند اينجانب ........................................................... داراي شماره ملی / شناسنامه .................................... فرزند .......................... صادره از .................. ساكن ........................................................................................... تعهد مي‌نمايم به طور تضامن مسئول اجراي تعهدات مالي متعهد اصلي مي‌باشم و در صورتي كه متعهد اين سند از هر يك از تعهدات مندرج در اين سند و همه ضوابط و مقررات مربوطه تخلف نمايد، همه وجه التزام موضوع اين سند را صرف تشخيص و اعلام وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكي و دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ..................................... بدون هيچ‌گونه عذر و بهانه نقداً و يك­جا پرداخت نمايم، همچنين علاوه بر تعهداتي كه متعهد اصلي به شرح مذكور در فوق تقبل نموده، از عهده همه ديون و قروضي كه ممكن است متعهد به محل تحصيل و مؤسسات وابسته به آن داشته یاخساراتي كه وارد نموده است از اموال خود برآيم و منفرداً يا متضامناً با متعهد اصلي وجه التزام و مبالغ مندرج در سند را بپردازم. تشخيص وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكي و دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ................................................... نسبت به وقوع تخلف، كميت و كيفيت آن و تعيين ميزان وجه التزام و ساير مبالغ مندرج در سند قطعي و مورد پذيرش اينجانبان است و حق هرگونه اعتراضي را در اين خصوص از خود سلب مي‌نمائيم و در صورت تخلف متعهد اصلي از هر يك از مفاد اين سند متعهد له اين سند ....................................... حق دارد بدون مراجعه به مراجع قضايي، با اعلام به دفترخانه تنظيم كننده سند در مورد تخلف از طريق صدور اجراييه نسبت به استيفاي حقوق دولت اقدام نمايد.

**نام‌ و نام‌خانوادگي:** ..........................................................................................................................................................................................................................

**محل سكونت‌** : ...............................................................................................................................................................................................................................

تاريخ‌: ....................................

امضاء و اثر انگشت:

فرم شماره 11

تاريخ: ............................................

شماره: ...........................................

به نام‌ خدا

**فرمت سند تعهد پذيرفته‌شدگان مقطع دکتری عمومی**

**(سهميه مناطق محروم موضوع قانون اصلاح قانون برقراري عدالت آموزشي سال 1401)**

**(مخصوص پذیرفته‌شدگان آزمون سراسري سال 1404 به بعد)**

بثبثب

نظر به اينكه مقرر شده، اينجانب ..................... فرزند ............. به شماره‌ ملی / شناسنامه ....................................، صادره از ............................. متولد ................ به آدرس ..................................................................................................................................... كد‌پستي: .................................... كه در آزمون به تاریخ ................................. با استفاده از سهميه مناطق محروم موضوع قانون برقراري عدالت آموزشي و اصلاحات بعدی آن در مقطع ............................ رشته تحصیلی ....................... 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 آموزش‌پزشكي 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 هستم :

1. با رعایت کلیه مقررات مربوط به دوره آموزشی و دانشگاه محل تحصیل در رشته ............................ تحصيل كرده و درجه ............... را اخذ نمایم و در طول دوران تحصیل منحصراً در رشته، مقطع تحصیلی و دانشگاه تعیین شده ادامه تحصیل دهم و دوره تحصیلی معین شده را در مدت معمول و برابر مقررات آن با موفقیت به اتمام برسانم.

2. بلافاصله پس از فراغت از تحصیل، خود را به دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني .......................................... معرفي كنم و بر اساس قانون اصلاح قانون برقراری عدالت آموزشی و سایر ضوابط و مقررات مصوب، **به ميزان 5/1 برابر** دوره تحصیلی مصوب بدون اعمال ضریب منطقه‌ای، در مناطق محروم استان ................................... خدمت نمايم.

**تبصره 1:** مستند به تبصره 2 ماده 2 قانون اصلاح قانون برقراری عدالت آموزشی در پذیرش دانشجو در دوره‌های تحصیلی انجام تعهدات و فعالیت پزشکی انتفاعی خارج از استان محل تعهد و نیز دایر نمودن مطب و تأسیس داروخانه خارج از شهرستان محل تعهد و تحویل مدرک تحصیلی و ریز نمرات، صدور تأییدیه تحصیلی و گواهینامه علمی تا قبل از اتمام تعهدات ممنوع است.

**تبصره 2:** مستند به تبصره‌ی 4 ماده واحده ی قانون اصلاح قانون برقراری عدالت آموزشی مصوب سال 1392 ادامه تحصیل اینجانب منوط به طی حداقل نیمی از تعهدات انجام شده خواهد بود.

3. در صورتي که به دلايل آموزشي، سياسي، 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 عمومی به هر دليل از انجام تعهد فوق‌الذكر استنكاف نمايم و يا بلافاصله پس از پايان دوره مجاز تحصيل، خود را، معرفي نكنم، يا به محل تعيين شده از سوي دانشگاه علوم پزشكي ......................................... و یا 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 ............................................. ريال\* جریمه و خسارات ناشي از تأخیر و یا 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:** پس از تحقق استنکاف از انجام این سند مبالغ به صورت سالیانه بر اساس استعلام از سازمان برنامه بودجه افزایش می‌یابد.

**تبصره 2:** 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 3:** پرداخت جریمه جایگزین خدمت در محل تعهد نبوده و متعهد علاوه بر پرداخت آن متعهد به انجام تعهد قانونی بوده و همچنین پرداخت جریمه موجب استحقاق فرد به مطالبه دانشنامه و هرگونه 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.

4. از آنجاكه اعطاي دانشنامه، صرفاً با انجام تعهدات قانوني و قراردادي موضوع اين سند امكان پذير 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.

5. 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.

6. 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 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.

7. 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.

8. نشاني اقامتگاه اينجانب، ‌نشاني مندرج در اين سند است،‌ 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، والا ابلاغ كليه اوراق و اخطاريه‌ها به محل تعيين شده در اين سند ‌قطعي و غير قابل اعتراض از سوي اينجانب است.

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

1- آقاي/ خانم................................ فرزند .......................... به شماره ملی / شناسنامه ............................................ شغل ............................ نشاني محل كار .............................................................................................................................................. كدپستي محل كار ........................ نشاني محل سكونت ....................................................................................................................... كدپستي محل سكونت .........................

2- آقاي/ خانم................................ فرزند .......................... به شماره ملی / شناسنامه ............................................ 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 مطابق قانون اصلاح قانون برقراری عدالت آموزشی مستنکفین از انجام تعهدات، علاوه بر اعمال ممنوعیت‌های مقرر در تبصره 2 این بند و درج در پرونده، مکلف به پرداخت جریمه نقدی به مبلغ ........................................... ریال هستيم. جریمه نقدی تعیین شده در حکم سند لازم الاجرا بوده و از طریق واحد اجرای اسناد رسمی سازمان ثبت اسناد و املاک کشور قابل مطالبه است.

**تبصره:** تعهد و مسئوليت ضامنين با متعهد سند نسبت به انجام تعهدات و پرداخت خسارات مندرج در اين سند تضامني است و وزارت بهداشت می‌تواند 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 متعهد**

**محل امضاء ضامن اول. محل امضاء ضامن دوم**

**محل امضا نماينده دانشگاه علوم پزشكي (به نیابت)**

\* مبلغ خسارت توسط معاونت آموزشی وزارت متبوع اعلام می­شود.

تاريخ: ..............................................

شماره: ..............................................

فرم شماره 12

به نام خدا

**فرم اخذ تعهد از پذيرفته‌‌شدگان داراي تناقض نوع ديپلم و معدل كتبي نهايي ديپلمه‌هاي دوره نظري، نوع ديپلم و معدل کل مربوط به ديپلمه‌هاي نظام قديم، فني و حرفه‌اي و کاردانش در آزمون سراسري سال 1404**

**(رشته‌هاي تحصيلي پذيرش صرفاً بر اساس سوابق تحصيلي** ـ **بدون آزمون)**

اينجانب‌:

نام ‌.......................... نام‌خانوادگي‌ ............................. فرزند ......................... متولد سال‌ .................. داراي کدملي / ‌شماره‌شناسنامه .......................................

صادره ‌از .................................... محل‌ تولد .................................... ساكن .............................................. كه‌ در گروه ‌آزمايشي ............................... در آزمون‌ سراسري سال 1404 در رشته .............................................. در مقطع ............................. دانشگاه‌ / مؤسسه‌ آموزش‌ عالي ‌............................................... داراي ديپلم كامل متوسطه در رشته ............................... نظام آموزشي ......................... پذيرفته شده‌ام:

بدينوسيله ضمن‌ مطالعه دقيق بندهاي‌ ذيل ‌نسبت‌ به ‌امضاء و رعايت مفاد آن‌ متعهد مي‌شوم:

از آنجائيكه معدل كتبي / کل ديپلم (نظام قديم يا نظام جديد آموزش متوسطه) اعلام شده به سازمان سنجش آموزش كشور مربوط به اينجانب با معدل كتبي / کل ديپلم در مدارك تحصيلي داراي اختلاف است، لذا ‌متعهد مي‌شوم كه هيچ‌گونه اعتراضي به ‌دانشگاه ‌محل‌ قبولي مبني بر عدم ثبت‌نام و همچنين ‌نسبت‌ به زمان و نتيجه ‌بررسي ‌معدل كتبي توسط‌ سازمان سنجش آموزش كشور (اعم از عدم تغيير در رشته قبولي ‌اعلام شده، تغيير در كدرشته قبولي یا **لغو** قبولي) نداشته باشم.

متعهد مي‌شوم كه اظهارات درج شده در اين فرم عين واقعيت بوده و در صورت اثبات خلاف آن، سازمان سنجش آموزش كشور مجاز است مطابق با قوانين مربوط با اينجانب برخورد نمايد. اسناد مربوط به اثبات صحت معدل كتبي ديپلم، در صورت قبولي مجدد توسط اينجانب به دانشگاه محل قبولي تسليم مي‌شود. در غير اينصورت قبولي مجدد نيز **لغو** خواهد شد.

معدل كتبي / کل ديپلم (نادرست) مندرج در فايل قبولين: ...................................................................

معدل كتبي / کل ديپلم (صحيح) مندرج در گواهي یا كارنامه تحصيلي: .............................................................

تاريخ تكميل فرم: .................................................

تلفن ثابت: .........................................................................

تلفن همراه: ....................................................................

**محل سكونت‌** : ...............................................................................................................................................................................................................................

تاريخ‌: ....................................

امضاء و اثر انگشت:

تاريخ: .........................................

شماره: ........................................

فرم شماره 13

به نام‌ خدا

**فرم‌ مخصوص‌ اخذ تعهد از پذيرفته‌شدگان‌ رشته‌هاي‌ مختلف‌ گروه‌ آموزشي‌ پزشكي‌ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي با سهميه مناطق درگير بلاياي طبيعي سيل و زلزله مصوب جلسه 817 به تاريخ 07/03/98 شوراي انقلاب فرهنگي در آزمون سراسري سال 1404**

نظر به اينکه مقرر شده، اينجانب ......................................... فرزند ............................. به شماره ملی / ‌شناسنامه ........................................ صادره از ......................... متولد ................ ساكن ................................................................. كدپستي: .............................. كه در آزمون سراسري سال 1404 با استفاده از سهميه موضوع مصوبه 817 به تاريخ 7/3/98 شوراي عالي انقلاب فرهنگي در مقطع تحصيلي ........................ رشته تحصيلي ......................................... در دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني .................................. تحصيل نمايم، برابر مقررات و آيين‌نامه‌هاي وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي و دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ............................. که از مفاد آنها کاملاً آگاه و مطلع هستم، به موجب عقد خارج لازم متعهد و ملتزم مي‌شوم:

1. در مقطع ......................... رشته ......................................................... تحصيل كرده و مطابق ضوابط مربوطه دوره مذکور را به پايان رسانده، درجه ....................... را در رشته مذکور اخذ نمايم و همه مقررات مربوط به دوره آموزشي و دانشگاه محل تحصيل را رعايت کنم و صرفاً به امر تحصيل و کارهاي علمي اشتغال داشته 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 مي‌کنم.
2. بلافاصله پس از پايان دوره مجاز تحصيلي، خود را به دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ..................................... معرفي كنم و بر اساس قوانين و مقررات مربوط، و ساير ضوابط مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکي، علاوه بر خدمات موضوع قانون خدمت پزشکان و پيراپزشکان، به ميزان دو برابر مدت تحصيل، در دانشگاه علوم پزشکي و خدمات بهداشتي درماني ........................................ خدمت کنم.
3. در صورتيکه به دلايل آموزشي، سياسي، و اخلاقي و غيره، موفق به اتمام تحصيل در مدت مقرر و مطابق ضوابط آموزشي نشوم یا از ادامه تحصيل انصراف دهم یا بعد از پايان دوره ............................. به هر دليل از انجام تعهد فوق‌الذكر استنكاف نمايم یابلافاصله پس از پايان دوره مجاز تحصيل، خود را به دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ........................................ معرفي نكنم، يا به محل تعيين شده از سوي دانشگاه علوم پزشکي .................................... معرفي نكنم، یا به محل تعيين شده از سوي دانشگاه علوم پزشکي ياد شده جهت انجام خدمت مراجعه نکنم، یا صلاحيت اشتغال به كار نداشته باشم یا پس از شروع به كار به هر علتي از مؤسسه محل خدمت اخراج شوم یا 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 دو برابر همه هزينه‌هاي انجام شده از سوي وزارت بهداشت و دانشگاه محل تحصيل (از جمله هزينه‌هاي: تحصيل، اسكان، حقوق و مزاياي پرداختي، ‌كمك هزينه تحصيلي، هزينه کتاب 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 دانشگاه علوم پزشکي ................................. 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.

ضمن عقد خارج لازم شرط شد كه وزارت مزبور 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 تعيين هزينه‌ها توسط وزارت بهداشت، قطعي و غيرقابل اعتراض و موجب صدور اجرائيه از طرف دفترخانه یامراجع قضايي خواهد بود.

نشاني اقامتگاه اينجانب، ‌نشاني مندرج در اين سند است ‌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 پزشکي اطلاع خواهم داد، و الا ابلاغ همه اوراق و اخطاريه‌ها به محل تعيين شده در اين سند ‌قطعي و غيرقابل اعتراض از سوي اينجانب است.

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

1- آقاي/خانم .................................... فرزند ............................... به شماره‌شناسنامه ............................. داراي كدملي شماره .................................. شغل ............................... نشاني محل كار ....................................................................................... كدپستي محل كار .................................... نشاني محل سكونت ............................................................................................................................... كدپستي محل سكونت ...................................

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

با آگاهي كامل از تعهدات دانشجو، ضمن عقد خارج لازم 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 هيچ‌گونه تشريفات، به صرف اعلام به دفترخانه، در مورد تخلف از هر يك از تعهدات فوق، از طريق صدور اجرائيه دو برابر هزينه‌هاي انجام شده بابت دانشجو (به شرح فوق) به علاوه همه خسارات وارده را، از اموال اينجانبان راساً استيفا كند و ضمن عقد خارج لازم، 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 و مزاياي دريافتي یاهر محل ديگري از اموال و دارايي‌هاي اينجانبان وصول كند و اينجانبان متضامناً در برابر وزارت مذکور متعهد به انجام تعهدات فوق و جبران خسارت و پرداخت مطالبات فوق هستيم.

تبصره: تعهد و مسئوليت ضامنان با يکديگر و با متعهد سند نسبت به انجام تعهدات و پرداخت خسارات مندرج در اين سند تضامني است و دانشگاه مزبور مي‌تواند براي دريافت تمام يا بخشي از خسارت مستقيماً عليه هر يك از متعهد و ضامنين یادر آن واحد عليه تمامي آنها اجرائيه صادر و عمليات اجرائي ثبتي را به منظور وصول مطالبات دولت و خسارات تعقيب نموده یانسبت 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 متعهد

محل امضاء ضامن اول

محل امضاء ضامن دوم

محل امضاء وزارت بهداشت / نماينده دانشگاه علوم پزشكي (به نيابت)

تاريخ: ..............................................

شماره: .............................................

فرم شماره 14

به نام‌ خدا

**فرم‌ مخصوص اخذ تعهد از پذيرفته‌شدگان رشته‌هاي مختلف تحصيلي (به غير از رشته‌هاي گروه آموزشي پزشكي) سهميه مناطق درگير بلاياي طبيعي سيل و زلزله مصوب جلسه 817 به تاريخ 07/03/98 شوراي انقلاب فرهنگي در آزمون سراسري سال 1404**

اينجانب‌:

نام ‌................................. نام‌خانوادگي‌ .................................. فرزند ..................... متولد سال‌ ................ به ‌كدملي ..................................... صادره ‌از .................................. محل‌ تولد .......................... ساكن ......................................... كه‌ در گروه ‌آزمايشي ................................. در آزمون‌ سراسري سال **1404** در رشته ..................................................... در مقطع ............................ دانشگاه‌ / مؤسسه‌ آموزش‌ عالي ‌.......................................... كه با استفاده ‌از سهميه‌ تخصيصي به متقاضیان شهرها يا بخش‌هايي كه دچار بلاياي طبيعي اعم از زلزله، سيل يا آتشفشان همراه با خسارت مستقيم جاني و مالي شده‌اند، پذيرفته‌ شده‌ام‌، با كمال‌ ميل‌ و اختيار ضمن‌ عقد خارج‌ لازم‌ متعهد و ملتزم‌ مي‌شوم‌ كه‌ پس‌ از گذراندن‌ دوره‌ تحصيلي‌ در مقطع‌ فوق‌ و بعد از تعيين تكليف خدمت وظيفه عمومي نسبت به انجام تعهد خدمت به مدت دو برابر زمان‌ تحصيل‌ خود در

1. شهرستان‌هاي‌ واقع‌ در مناطق آسيب‌ديده.
2. ساير مناطق‌ به تشخيص وزارت علوم، تحقيقات و فناوري.

در وهله‌ اول‌ در صورت‌ نياز سازمان‌ها و ادارات‌ دولتي‌ و ارگان‌ها و نهادهاي‌ انقلاب‌ اسلامي‌ و در صورت‌ عدم‌ نياز سازمان‌ها و ارگان‌هاي‌ مذكور در بخش‌ خصوصي‌ به‌ تشخيص‌ و معرفي‌ وزارت‌ كار و امور اجتماعي‌ خدمت‌ نمايم‌. چنانچه‌ ظرف‌ يك­سال‌ پس‌ از پايان‌ تحصيل‌ (بدون‌ احتساب‌ خدمت‌ وظيفه‌ عمومي‌) از انجام‌ خدمت‌ به نحو فوق‌ استنكاف‌ نمايم‌، وزارت‌ ‌علوم، تحقيقات و فناوري مجاز و مختار است‌ علاوه‌ بر استرداد **دو برابر** هزينه‌هاي‌ سرانه‌ دانشجو در طول‌ مدت‌ تحصيل‌ از تحويل ‌مدارك‌ تحصيلي‌ تا انجام‌ خدمت‌ مذكور خودداري‌ نمايد. مفاد اين‌ تعهد مانع‌ از اجراي‌ تعهد آموزش‌ رايگان‌ نبوده‌ و تعهد آموزش‌ رايگان ‌را پس‌ از اتمام‌ تعهد مذكور انجام‌ خواهم‌ داد. به‌ موجب‌ اين‌ تعهد ضمن‌ عقد خارج‌ لازم‌ به‌ وزارت‌ وكالت‌ مي‌دهم‌ در صورت‌ تخلف‌ از مفاد اين‌ تعهد و استنكاف‌ از آن‌ كه‌ خارج‌ از حيطه‌ اقتدار اينجانب‌ نباشد دو برابر هزينه‌هاي‌ مصروفه‌ سرانه‌ دانشجو را در مدت‌ تحصيل‌ از اموال‌ اينجانب‌ برداشت‌ نمايد. تشخيص‌ وزارت‌ ‌علوم، تحقيقات و فناوري در مورد كيفيت‌ تخلف‌ و ميزان‌ هزينه‌هاي‌ مصروفه ‌غيرقابل‌ اعتراض‌ بوده‌ و صرف‌ اعلام‌ وزارت‌ مذكور براي‌ اينجانب‌ قطعي‌ و لازم‌الاجراست‌.

**آدرس محل سكونت‌**: ..................................................................................................................................................................................................................................

تاريخ‌: امضاء و اثر انگشت:

فرم شماره 15

تاريخ: ..............................................

شماره: .............................................

به نام خدا

فرمت سند تعهد موضوع آیین‌نامه اجرایی ماده واحده افزایش ظرفیت پزشکی در دکتری عمومی پزشکي/دندانپزشکي

مصوب جلسه 30 به تاريخ 26/04/1401 شورای سنجش و پذیرش دانشجو

اينجانب .............................. فرزند ................... به شماره‌شناسنامه‌،................................. صادره از ...............داراي کد ملي شماره .................................... متولد ................ ساكن ....................................................................................................................... كدپستي: .............................. كه در آزمون مورخ ......................... با استفاده از سهميه موضوع آيين‌نامه اجرايي ماده واحده افزايش ظرفيت پزشکي در مقطع عمومي مصوب جلسه 30 به تاريخ 26/04/1401 شوراي سنجش و پذيرش دانشجو در مقطع ...................... رشته تحصيلي............................ در دانشگاه علوم پزشکي و خدمات بهداشتي درماني .................................... پذيرفته شده‌ام، برابر مقررات و آيين نامه‌ها و دستورالعمل‌هاي وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکي و قوانين و مقررات ثبت اسناد و آيين‌نامه اجراي مفاد اسناد رسمي و لازم‌الاجرا، متعهد و ملتزم می­شوم:

1- با رعايت كليه مقررات مربوط به دوره آموزشي و دانشگاه محل تحصيل در رشته ................................. تحصيل كرده و درجه ........................... را اخذ نمايم و در طول دوران تحصيل 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 به اتمام برسانم.

2- بلافاصله پس از فراغت از تحصيل، خود را به وزارت بهداشت معرفي كنم و بر اساس موضوع آيين‌نامه اجرايي ماده واحده افزايش ظرفيت پزشکي در مقطع عمومي مصوب جلسه 30 به تاريخ 26/04/1401 شوراي سنجش و پذيرش دانشجو، به ميزان یک و نیم برابر مدت تحصيل، در مناطق ‌محروم و كم‌برخوردار مورد نظر دانشگاه علوم پزشکي و خدمات بهداشتي درماني ............................ و در صورت عدم نياز دانشگاه ياد شده در هر محلي که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکي، تعيين کند خدمت نمايم.

تبصره 1: با عنايت به اينکه اينجانب از قوانين و مقررات مربوطه دائر بر ممنوعيت خريد و جابه‌جايي تعهدات موضوع اين سند مطلع مي‌باشم، با علم و آگاهي كامل از اين موضوع، در محل تعيين شده خدمت خواهم نمود و در خلال انجام تعهد، اجازه فعاليت پزشکي در محل ديگري غير از محل تعيين شده براي انجام تعهد نخواهم داشت.

تبصره 2: مستند به تبصره‌ي 1-6 موضوع آيين‌نامه اجرايي ماده واحده افزايش ظرفيت پزشکي در مقطع عمومي مصوب جلسه 30 به تاريخ 26/04/1401 شوراي سنجش و پذيرش دانشجو اينجانب مجاز به ادامه تحصيل تا قبل از گذراندن نيمي از دوران تعهد نمي‌باشم. در صورت ادامه تحصيل دانش‌آموختگان اين سهميه در مقطع تخصص، بخش باقيمانده از دوره تعهد خدمت بايد پس از اتمام مقطع تخصص در محل خدمت دوره تعهد، انجام پذيرد. مدت تحصيل در دوره تخصص جزء مدت تعهد خدمت محسوب نخواهد شد.

3- در صورتي که به دلايل آموزشي، سياسي، اخلاقي و غيره، موفق به اتمام تحصيل در مدت مقرر و مطابق ضوابط آموزشي نگردم و یا از ادامه تحصيل انصراف دهم یا بعد از پايان دوره ...................... به هر دليل از انجام تعهد فوق‌الذكر استنکاف نمايم و یا بلافاصله پس از فراغت از تحصيل در سقف زماني مجاز، خود را معرفي نکنم، يا جهت انجام خدمت به محل تعيين شده از سوي دانشگاه ياد شده يا وزارت بهداشت مراجعه نکنم، یا صلاحيت اشتغال به كار نداشته باشم و یا پس از شروع به كار به هر علتي از موسسه محل خدمت اخراج شوم یا 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 دو برابر كليه هزينه‌هاي انجام شده از سوي وزارت بهداشت و دانشگاه محل تحصيل (از جمله هزينه‌هاي تحصيل، اسکان، حقوق و مزاياي پرداختي، كمك هزينه تحصيلي و ...) و خسارات ناشي از عدم انجام خدمات مورد تعهد را به صورت يکجا 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: پرداخت خسارات مقرر در اين بند، سبب معافيت اينجانب از انجام تعهد نمي‌شود و وزارت بهداشت 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 خواهد نمود.

4- از آنجا كه اعطاي دانشنامه و هر گونه مدرك تحصيلي، صرفاً با انجام تعهدات قانوني و قراردادي موضوع اين سند امکان‌پذير است، پرداخت خسارت موجب استحقاق اينجانب به مطالبه دانشنامه و ساير مدارك تحصيلي از جمله ريزنمرات نخواهد گرديد و سند تعهد اينجانب كماكان به قوت خود باقي خواهد ماند.

5- ضمن اين سند شرط شد كه وزارت بهداشت از طرف اينجانب وكيل است در صورت نقض هر يك از تعهدات موضوع اين سند، در اجراي ماده 18 دستورالعمل ساماندهي و تسريع در اجراي احکام مدني و ماده 19 قانون نحوه اجراي محکوميت‌هاي مالي نسبت به ممنوع‌الخدمات نمودن و انسداد حساب­ها و بازداشت اموال و دارايي اينجانب اقدام و طلب خود را از محل‌هاي مزبور وصول نمايد. اقدامات وزارت بهداشت در اين جهت قطعي و غير قابل اعتراض خواهد بود.

6- طرف تعهد در اين سند، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکي 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 پزشکي، همواره حق دارد انجام اصل تعهد در محل تعيين شده در سند و يا در هر محل ديگري را که صلاح مي‌داند از اينجانب مطالبه نمايد.

7- ضمن اين 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 تا 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 مزبور در تعيين هزينه‌هاي مذكور قطعي و غير قابل اعتراض و موجب صدور اجرائيه از طرف دفترخانه یا مراجع قضايي خواهد بود.

8- 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، دانشگاه‌هاي محل تحصيل و محل خدمت 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 تضمین حسن اجراي تعهدات ناشي از این سند اینجانبان:

1- آقاي/خانم .................................... فرزند ............................... به شماره‌شناسنامه ............................. داراي كدملي شماره .................................. شغل ............................... نشاني محل كار ....................................................................................... كدپستي محل كار .................................... نشاني محل سكونت ............................................................................................................................... كدپستي محل سكونت ...................................

2- آقاي/خانم .................................... فرزند ............................... به شماره‌شناسنامه ............................. داراي كدملي شماره .................................. شغل ............................... نشاني محل كار ....................................................................................... كدپستي محل كار .................................... نشاني محل سكونت ............................................................................................................................... كدپستي محل سكونت ...................................

با آگاهي كامل از تعهدات دانشجو، ضمن اين 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 نکند 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 ياد شده، حق دارد، بدون هيچ­گونه تشريفات، به صرف اعلام به دفترخانه، در مورد تخلف از هر يك از تعهدات فوق، از طريق صدور اجرائيه دو برابر هزينه‌هاي انجام شده بابت دانشجو (به شرح فوق) به علاوه كليه خسارات وارده را، از اموال اينجانبان راساً استيفا كند و وزارت مزبور 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 و مزاياي دريافتي یا هر محل ديگري از اموال و دارايي‌هاي اينجانبان وصول كند و اينجانبان متضامناً در برابر وزارت ياد شده متعهد به انجام تعهدات فوق و جبران خسارت و پرداخت مطالبات فوق هستيم.

تبصره: تعهد و مسئوليت ضامنين 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 یا در آن واحد عليه تمامي آنها اجرائيه صادر و عمليات اجرائي ثبتي را به منظور وصول مطالبات دولت و خسارات تعقيب نموده یا نسبت به طرح دعوا اقدام نمايمد. اين قرارداد بر مبناي ماده 10 قانون مدني بين طرفين قرارداد منعقد شده و بين طرفين لازم‌الاتباع است.

محل امضاء متعهد:

محل امضاء ضامنین:

محل امضا وزارت بهداشت / نماینده دانشگاه علوم پزشكي (به نیابت):

به نام‌ خدا

تاريخ: .............................................

شماره: ...........................................

فرم شماره 16

**گواهي تأييد براي داوطلباني كه در زمان وقوع بلاياي طبيعي (زلزله و سیل)آسيب جاني و مالي ديده‌اند، به منظور استفاده از سهميه مناطق درگیر بلایای طبیعی (بر اساس مصوبه جلسه 817 به تاريخ 07/03/1398 شوراي عالي انقلاب فرهنگي) در آزمون سراسري سال 1404**

**بدين وسيله گواهي مي‌شود:**

آقاي/خانم................................... با كدملي .............................. سال تولد .................. نام پدر ........................ با شماره پرونده ............................ داوطلب استفاده از سهمیه مناطق درگیر بلایای طبیعی در آزمون سراسري سال **1404** است.

توجه: صرفاً يکي از بندهاي «**الف**» يا «**ب**» (با توجه به شرايط داوطلب) به شرح زير تکميل شود:

**الف)** داوطلب مستقلاً يا به همراه خانواده در استان آذربایجان غربي🞎، اردبيل🞎، تهران🞎، چهارمحال و بختياري🞎، خراسان جنوبي🞎، سمنان🞎، سيستان و بلوچستان🞎، فارس🞎، کرمان🞎، هرمزگان🞎 شهرستان ................................. بخش ...................................... از توابع فرمانداري اين شهرستان، در زمان وقوع سيل 🞏 زلزله 🞎 اقامت داشته و دچار آسيب جاني و مالي شده­ است.

**ب)** محل اخذ مدرك تحصيلي وي در پايه دوازدهم يا يازدهم يا دهم (نظام جديد 3-3-6) یا پيش‌دانشگاهي يا ديپلم يا ماقبل ديپلم (نظام آموزشي سالي واحدي يا ترمي واحدي) دوره متوسطه، در استان آذربایجان غربي🞎، اردبيل🞎، تهران🞎، چهارمحال و بختياري🞎، خراسان جنوبي🞎، سمنان🞎، سيستان و بلوچستان🞎، فارس🞎، کرمان🞎، هرمزگان🞎 شهرستان ...................................... بخش ...................................... از توابع فرمانداري اين شهرستان بوده و در زمان وقوع سيل 🞏 زلزله 🞎 دچار آسيب جاني و مالي شده ­است.

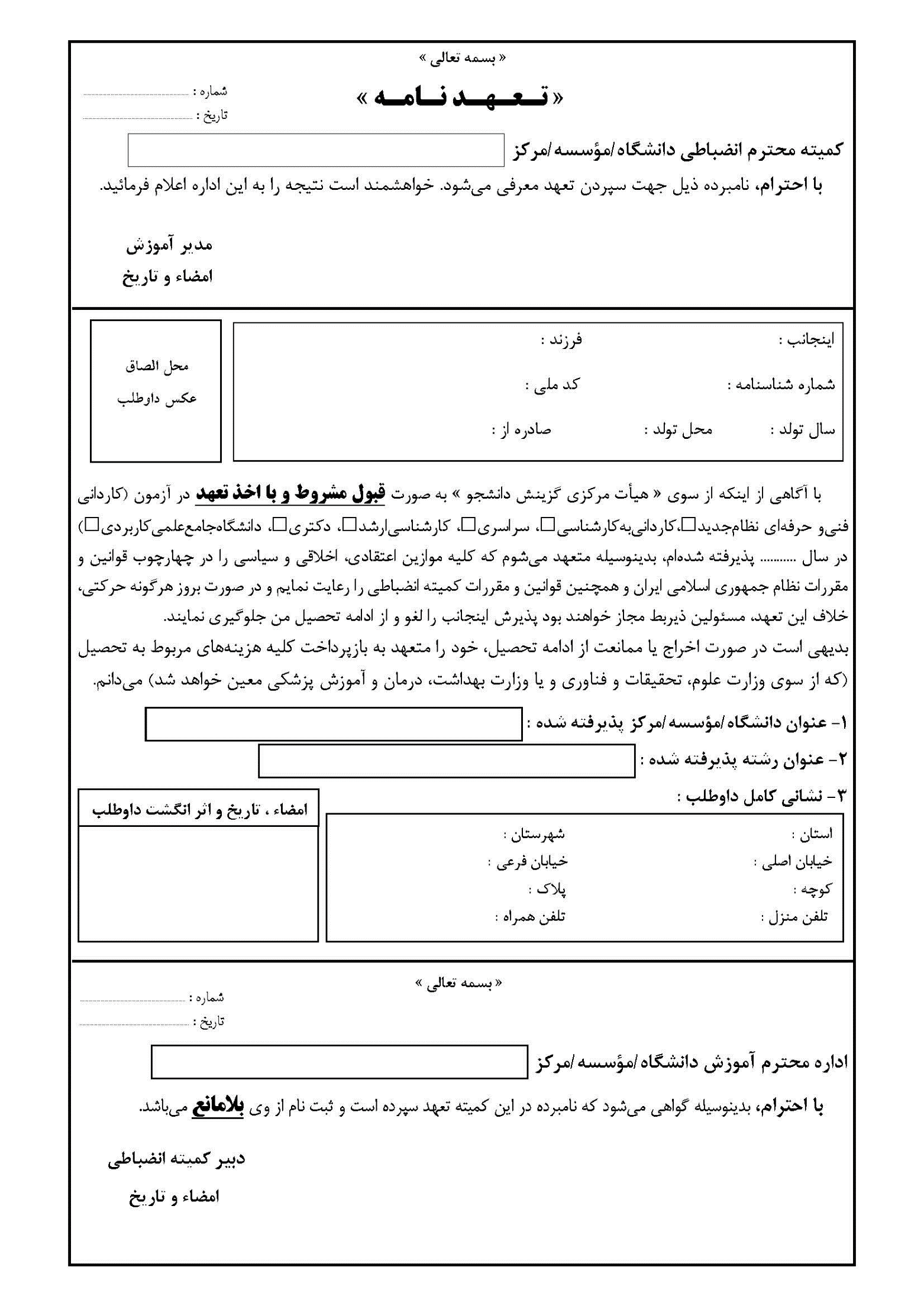
اين گواهي صرفاً به منظور استفاده از سهميه فوق در پذيرش آزمون سراسري سال **1404** براي نامبرده صادر شده­است.

فرمانداري شهرستان ....................... در استان ................

محل مُهر و امضا

اين فرم بدون مُهر و امضاي فرمانداري فاقد اعتبار است

داوطلبان لازم است اين گواهي را پس از انتخاب رشته به تأييد فرمانداري محل رخداد حادثه رسانده تا در صورت قبولي در رشته محل‌هاي مربوط به اين سهميه در زمان ثبت‌نام به دانشگاه محل قبولي تحويل نمايند.



فرم شماره 17

تاريخ: .............................................

شماره: ...........................................

فرم شماره 18

به نام خدا

فرم مشخصات داوطلبان افغانستانی و عراقي شركت كننده در آزمون سراسري سال 1404

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| مشخصات فرد | جنسيت: زن □ مرد □ تابعيت: | | | | | نام پدر: نام جد: | | | | |
| نام‌خانوادگي و نام: | | | | | تاريخ تولد: محل تولد: | | | | |
| وضعيت تاهل: هرگز ازدواج نكرده □ جدا شده □ بيوه □ متأهل با همسر □ متأهل دور از همسر □ | | | | | | | | | |
| شغل | نوع شغل: سازمان محل كار / كارفرما: | | | | | | | | | |
| نشاني | نشاني محل كار در ايران: شهر: خيابان:  تلفن: | | | | | | | | | |
| نشاني كامل و دقيق منزل در ايران: شهر خيابان: كوچه: پلاك:  تلفن: كدپستي: | | | | | | | | | |
| مشخصات اعضاي خانوار يا افراد تحت تكفل | تابعيت | نام | نام خانوادگي | نام پدر | نام جد | | نوع مدرك شناسايي یا اقامتي | شماره مدرك شناسايي یا اقامتي | شغل | نسبت |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| مشخصات تحصيلي | دارنده ديپلم نظام جديد آموزش متوسطه □ دارنده ديپلم نظام قديم آموزش متوسطه □ | | | | | | | | | |
| نوع ديپلم: رشته تحصيلي: معدل كتبي ديپلم: محل اخذ ديپلم: تاريخ اخذ ديپلم: | | | | | | | | | |
| نوع مدرك پيش‌دانشگاهي: معدل دوره پيش‌دانشگاهي:  محل اخذ مدرك پيش‌دانشگاهي: تاريخ اخذ مدرك پيش‌دانشگاهي: | | | | | | | | | |
| مقطع تحصيلي: كارداني □ كارشناسي □ كارشناسي ارشد پيوسته □ | | | | | | | | | |
| مشخصات مدرك اقامت يا شناسايي | نوع مدرك شناسايي يا اقامتي: گذرنامه □ دفترچه پناهندگي □ كارت هويت ويژه اتباع خارجي □ برگ تردد خروجي مدت دار □ | | | | | | | | | |
| شماره مدرك اقامتي: | | | | | | | | | |
| محل صدور: تارخ صدور: تاريخ انقضاء اقامتي: | | | | | | | | | |
| ويژه متقاضیانی كه ‌داراي ‌مادر ايراني ‌هستند | چنانچه متقاضی داراي مادر ايراني است، لطفاٌ مشخصات ايشان را (مشخصات مادر) در اين قسمت بنويسيد. | | | | | | | | | |
| نام: نام خانوادگي: نام پدر: تاريخ تولد: محل تولد: | | | | | | | | | |
| شماره‌شناسنامه: شماره كارت ملي: محل صدور: نوع ازدواج: رسمي □ غيررسمي □ | | | | | | | | | |
| نشاني ‌و تلفن اضطراري | نشاني یا شماره تلفني كه بتوان در مواقع ضروري با جنابعالي / سرکار تماس بگيريم. | | | | | | | | | |
| يادآوري | مطالب مندرج در اين فرم را به طور كامل تكميل و صحت و درستي آن را تاييد نموده و تعهد مي‌نمايم ضمن رعايت قوانين و مقررات جمهوري اسلامي ايران، در صورت اثبات خلاف و كتمان ضمن لغو شدن پذيرش اينجانب در آزمون ورودي و همچنين دانشگاه‌ها و مؤسسات ‌آموزش‌ عالي ‌جمهوري اسلامي ايران تحت پيگرد قانوني قرار گرفته و به تصميمات متخذه از سوي مراكز عالي اعتراضي نخواهم داشت.  نام و نام‌خانوادگي متقاضی: تاريخ: امضاء و اثر انگشت: | | | | | | | | | |

جدول شماره 1

توضيح سهميه ثبت‌نامي پذيرفته‌شدگان در آزمون سراسري سال 1404

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف در تقاضانامه | عنوان سهميه در تقاضانامه ثبت‌نام | عنوان سهميه ثبت‌نامي | عنوان‌ سهميه‌ نهايي در فايل اطلاعات | كد درج شده  در فايل اطلاعات |
| 1 | منطقه يك با توجه به ضوابط مربوط به سه سال محل تحصيل | مناطق | منطقه 1 | 1 |
| منطقه دو با توجه به ضوابط مربوط به سه سال محل تحصيل | منطقه 2 | 2 |
| منطقه سه با توجه به ضوابط مربوط به سه سال محل تحصيل | منطقه 3 | 3 |
| 2 | پدر، مادر، برادر و خواهر شهدا یا مفقودالاثران | خانواده شهدا | خ شهدا | 4 |
| 3 | جانبازان 25 درصد و بالاتر | جانباز 25 درصد به بالا | ايثارگران 25 درصد | 5 |
| 4 | فرزند جانباز 25 درصد و بالاتر | ف جانباز 25 درصد به بالا | ايثارگران 25 درصد |
| 5 | همسر جانباز 25 درصد و بالاتر | هـ جانبار 25 درصد به بالا | ايثارگران 25 درصد |
| 6 | آزادگان | آزاده | ايثارگران 25 درصد |
| 7 | فرزند آزاده | ف آزاده | ايثارگران 25 درصد |
| 8 | همسر آزاده | هـ آزاده | ايثارگران 25 درصد |
| 9 | فرزند شهيد یا مفقودالاثر | ف شاهد | ايثارگران 25 درصد |
| 10 | همسر شهيد یا مفقودالاثر | هـ شاهد | ايثارگران 25 درصد |
| 11 | رزمنده داوطلب بسيجي (اعزامي از سپاه) | بسيج | رزمندگان | 6 |
| 12 | رزمنده وزارت جهاد كشاورزي | جهادگر |
| 13 | رزمنده ستاد كل نيروهاي مسلح شامل كادر رسمي،پيماني‌ و وظيفه | ن مسلح |
| 14 | جانبازان كمتر از 25 درصد | جانبار كمتر از 25 درصد | ايثارگران 5 درصد | 7 |
| 15 | فرزند جانبازان كمتر از 25 درصد | ف جانباز كمتر از 25 درصد | ايثارگران 5 درصد |
| 16 | همسر جانبازان كمتر از 25 درصد | هـ جانباز كمتر از 25 درصد | ايثارگران 5 درصد |
| 17 | فرزند رزمنده داوطلب بسيجي (اعزامي از سپاه) | ف رزمنده سپاه | ايثارگران 5 درصد |
| 18 | فرزند رزمنده وزارت جهاد كشاورزي | ف رزمنده جهاد | ايثارگران 5 درصد |
| 19 | فرزند رزمنده ستاد كل نيروهاي مسلح شامل كادر رسمي، پيماني‌ و وظيفه | ف رزمنده ن مسلح | ايثارگران 5 درصد |
| 20 | همسر رزمنده داوطلب بسيجي (اعزامي از سپاه) | هـ رزمنده سپاه | ايثارگران 5 درصد |
| 21 | همسر رزمنده وزارت جهاد كشاورزي | هـ رزمنده جهاد | ايثارگران 5 درصد |
| 22 | همسر رزمنده ستاد كل نيروهاي مسلح شامل كادر رسمي، پيماني ‌و وظيفه | هـ رزمنده ن مسلح | ايثارگران 5 درصد |

جدول شماره 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| دروس پيش‌نياز دانشگاهي مصوبه شوراي عالي برنامه‌ريزي | | | | | | | | | | | | | | |
| گروه علوم تجربي | | | گروه علوم انساني | | | | | | گروه هنر | | | | | |
| دروس‌امتحاني | نمرات‌خام نمرات‌تراز | | | دروس امتحاني | | نمرات‌خام نمرات‌تراز | | | | دروس‌امتحاني | | نمرات‌خام ‌نمرات‌تراز | | |
| زمين‌شناسي | 1)3/33  2)8/23  3)0/50 | 7354  7250  9585 | | علوم اجتماعي | | 1)3/33  2)1/38  3)0/50 | | 6846  7250  7993 | | درك عمومي هنر | | 1)3/33  2)7/10  3)0/50 | | 8298  7250  9066 |
| رياضي | 1)3/33  2)1/11  3)0/50 | 9061  7250  10290 | | رياضي | | 1)3/33  2)0/5  3)0/50 | | 10567  7250  11862 | | درك ‌عمومي  رياضي فيزيك | | 1)3/33  2)8/17  3)0/50 | | 8975  7250  10473 |
| زيست‌شناسي | 1)3/33  2)6/29  3)0/50 | 7358  7250  8635 | | ادبيات فارسي | | 1)3/33  2)6/15  3)0/50 | | 9406  7250  11081 | | خلاقيت تصويري و تجسمي | | 1)3/33  2)3/23  3)0/50 | | 7978  7250  9278 |
| فيزيك | 1)3/33  2)0/20  3)0/50 | 7866  7250  9015 | | زبان عربي | | 1)3/33  2)8/22  3)0/50 | | 7893  7250  9216 | |  | |  | |  |
| شيمي | 1)3/33  2)4/19  3)0/50 | 8487  7250  9900 | | تاريخ‌ و جغرافيا | | 1)3/33  2)3/17  3)0/50 | | 8860  7250  10174 | |  | |  | |  |
|  | | | | اقتصاد | | 1)3/33  2)2/28  3)0/50 | | 7267  7250  8880 | |  | |  | |  |
|  | | | فلسفه و منطق | | 1)3/33  2)0/5  3)0/50 | | 10921  7250  12392 | |  | |  | |  | |
| روانشناسي | | 1)3/33  2)6/35  3)0/50 | | 6373  7250  7518 | |  | |  | |  | |
| گروه علوم رياضي و فني | | | گروه زبان‌هاي خارجي | | | | | |  | | | | | |
| دروس امتحاني | نمرات‌خام نمرات تراز | | | دروس‌ امتحاني | | نمرات‌خام نمرات تراز | | | |  | | | | |
| رياضي | 1)3/33  2)8/10  3)0/50 | 8951  7250  10156 | | زبان تخصصي | 1)3/33  2)0/31  3)0/50 | | | 7328  7250  8647 | |  | | | | |
| فيزيك | 1)3/33  2)6/28  3)0/50 | 7503  7250  8267 | |  | | | | | |  | | | | |
| شيمي | 1)3/33  2)1/11  3)0/50 | 8960  7250  9950 | |

مناطق مشمول سهميه درگير بلاياي طبيعي (زلزله، سيل و ...)

جدول شماره 3

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | استان | شهرستان | بخش | شهر/روستا |
| 1 | آذربايجان  غربي | خوي | ایواوغلی |  |
| مرکزی |  |
| صفائیه |  |
| قطور |  |
| 2 | اردبيل | گرمی | مرکزی-موران |  |
| بیله‌سوار | مرکزی |  |
| بیله‌سوار | قشلاق‌دشت | فقط شامل: شهر جعفرآباد |
| مشگین‌شهر | مرکزی- قصابه-ارشق |  |
| اصلاندوز | مرکزی- بران |  |
| انگوت | مرکزی - دره‌رود |  |
| پارس‌آباد | مرکزی- اسلام آباد |  |
| پارس‌آباد | تازه‌کند | فقط شامل: شهر مغانسر |
| خلخال | مرکزی -شاهرود |  |
| 3 | تهران | فيروزکوه | مرکزی-ارجمند | پشت‌کوه-طرود-کمند-آتشان-انزها-جلیل‌آباد-حصاربن-درده-ده‌گردان- مزداران-هرانده-سرچمند-گدوک-سرانزا-گذرخانی-سرخدشت-کبوتردره- محمودآباد- چناربن-گچه-سیمین‌دشت-مهاباد-شادمهن-سله‌بن |
| تهران | کن | سنگان-وردیج-واریش-رندان-طالون-کشارپايین-امامزاده‌داود-کیگاه-سولقان |
| دماوند | مرکزي | روستاي سربندان |
| 4 | چهارمحال و بختياري | شهرکرد | مرکزی - لاران |  |
| اردل | مرکزی - میانکوه |  |
| بروجن | مرکزی - بلداجی - گندمان |  |
| بن | مرکزی - شیدا |  |
| سامان | مرکزی - زاینده‌رود |  |
| فارسان | مرکزی - باباحیدر - جونقان |  |
| فرخ‌شهر | مرکزي- دستگرد |  |
| کوهرنگ | مرکزی - بازفت - دوآب صمصامی |  |
| کیار | مرکزی - ناغان- کيارشرقي |  |
| لردگان | مرکزی - منج - رودشت |  |
| فلارد | مرکزی - امام‌زاده‌حسن |  |
| خانمیرزا | مرکزی - ارمند |  |
| 5 | خراسان جنوبي | زيرکوه | شاسکوه | همه روستاها |
| مرکزي | همه روستاها |
| زهان | همه روستاها |
| 6 | سمنان | ميامي | کالپوش | فقط شامل: رضوان-دشت‌ شاد- نام‌نيک-سوداغلن-چشمه‌ني-حسين‌آباد-قوشه ‌دگرمان |
| 7 | سيستان و بلوچستان | چابهار | مرکزی - پلان - پیرسهراب | همه روستاها |
| دشتیاری | مرکزی - باهوکلات | همه روستاها |
| نیک‌شهر | مرکزی | تمام مناطق به همراه عشایری روستاهای هنزم، زیردان، چاهان |
| نیک‌شهر | بنت | همه روستاها |
| نیک‌شهر | آهوران |  |
| سرباز | مرکزی - کیشکور - مینان | همه روستاها |
| قصرقند | مرکزی - ساربوک - تلنگ | همه روستاها |
| کنارک | مرکزی - کهیر | شهر کنارک- روستاهای پزم‌مچان- حمید‌آباد- سورکمب- پارک شیخان- پارک‌هوتان- بانسنت- روستاهای‌کهیر- تنگ- بیر |
| گلشن | مرکزی - کله گان | فقط شامل: دهستان کله‌گان- جالق- روستای ناهوک |
| زرآباد | مرکزی - کاروان |  |
| راسک | مرکزی - پیشین |  |
| زاهدان | نصرت‌آباد | عشایری روستای چاه‌ رحمان |
| فنوج | مرکزی - گتیج |  |
| لاشار | مرکزي-پيپ | در بخش مرکزي فقط شهر اسپکه |
| سراوان | مرکزی و مهرگان - بم پشت |  |
| بمپور | کلاتان |  |
| مهرستان | آشار |  |
| خاش | مرکزی - پشتکوه - ایرندگان |  |
| سیب سوران | پسکوه - هیدوچ |  |
| تفتان | گوهرکوه - نازیل - مرکزی |  |
| 8 | فارس | استهبان | مرکزي - رونیز | دهویه - فشم‌قاوی - رونیز سفلی - شمس‌آباد - شهر ایج و همچنین روستاهای ایج - درب‌قلعه - باغ شاد - آبنارک |
| ارسنجان | مرکزی | ارسنجان - بکهدان - چاشت‌خوار |
| اوز | مرکزي - بيدشهر | فقط شامل : بیدشهر- قلات- اوز- کهنه |
| لامرد | اشکنان | فقط شامل : روستاي رکن آباد |
| اقلید | مرکزی - حسن‌آباد - سده | فقط شامل : بکان- اقلید - دژکرد - آسپاس |
| لارستان | مرکزي - بیرم | فقط شامل : شهر لار- بیرم- بالاده |
| بختگان | مرکزی - حنا | فقط شامل : آباده طشک – علی‌آباد – جهان‌آباد- چاه مهکی - تلمبه یداله خلج |
| ممسنی | جوزار - ماهور میلاتی - مرکزي | فقط شامل : پیره سرخ – پراشکفت - بابامنیر- برم‌سیاه- خومه‌زار - نورآباد و همچنین روستاهای رازیانه‌کاری - شیراسپاری- کره‌کان - شهرک گچگران - تل انجیر – فهلیان - دشت‌رزم - آب‌پخشان - گرمیش نادرلو |
| بوانات | مرکزی | سنگبر- فخرآباد |
| خرامه | کربال | فقط شامل : اسماعيل آباد - حسين آباد |
| داراب | جنت - رستاق - فسارود | فقط شامل : کوه سفيد، اسلام آباد - شهر و دهستان رستاق و روستاي همت - شهرک فجر - شهر داراب |
| مرودشت | مرکزي | فقط شامل : دهستانهاي درودزن و رودبار |
| مهر | گله دار | فقط شامل : چاه خالوها – دارالميزان – بهرستان - چاه بيدو - سرگاه |
| سرچهان | مرکزي – توجردي | فقط شامل : حسامي - دهستان مروشکان |
| شيراز | مرکزي | نواحي 2 و 3 |
| فسا | مرکزي | فقط شامل : شهر فسا |
| فيروزآباد | مرکزي | فقط شامل : شهر فيروزآباد |
| فيروزآباد | ميمند - جايدشت |  |
| ني ريز | مرکزي - قطرويه | فقط شامل : شهر ني ريز - قطرويه - روستاي غديرگه |
| 9 | کرمان | کوهبنان | مرکزي - طغرالجرد | شهرهاي کوهبنان و کيانشهر - روستاهاي همت آباد - هزارگز - نجف آباد - خانمکان جنت مکان - ده علي، افزاد - جور - گيتري - رتک |
| عنبرآباد | مرکزي - جبال بارز جنوبي | روستاهاي گمرکان - نرگسان - بن گلو - تنگه شاه - سنته - مردار - مورچين - دهنه‌بيد |
| رفسنجان | مرکزي |  |
| 10 | هرمزگان | بندرلنگه | مهران | شهر لمزان و روستاهاي تابعه و همچنين روستاهاي دژگان و سايه خوش و توابع |

رشته‌هاي ممنوعه براي داوطلبان اتباع خارجي

جدول شماره 4

پذيرش اتباع خارجي در رشته‌هايي كه منجر به ايجاد تعهدات استخدامي براي جمهوري اسلامي ايران نمايد و همچنين رشته‌هاي تحصيلي: فيزيك اتمي، فيزيك هسته‌اي، فيزيك مولكولي (پلاسما)، فيزيك ذرات بنيادي، مهندسي هسته‌اي، مهندسي تسليحات، مهندسي پلاسما، مهندسي فناوري اطلاعات (گرايش مهندسي فناوري ماهواره، مخابرات امن)، مهندسي کامپيوتر گرايش رايانش امن، مهندسي ايمني (گرايش بازرسي فني و حفاظت هواپيما)، مهندسي تعمير و نگهداري (هلي‌كوپتر و هواپيما)، مهندسي هوا و فضا، مهندسي هوانوردي (خلباني، مهندسي تعمير و نگهداري هواپيما، مراقبت پرواز، نمايش و نگهداري هواپيما، الکترونيک هواپيمايي، مهندسي فرماندهي و کنترل هوايي، علوم و فنون هوانوردي، خلباني هليکوپتر، مهندسي تعمير و نگهداري هليکوپتر، اويونيک هواپيما)،‌ علوم نظامي، ناوبري و فرماندهي کشتي، مديريت و کميسر دريايي ممنوع است.

مناطق ممنوعه براي انتخاب محل تحصيل اتباع خارجي

هر يك از اتباع خارجي كه متقاضي شركت در آزمون‌هاي سراسري هستند، لازم است واجد شرايط و ضوابط اعلام شده در دفترچه‌هاي راهنماي هر يك از آزمون‌هاي ذيربط باشند و در زمان انتخاب رشته، محل تحصيل خود را با توجه به شرايط و ضوابط مربوط انتخاب کنند. شايان ذكر است اتباع خارجي مقيم، مجاز به انتخاب رشته در مناطق ممنوعه نبوده‌اند؛ بديهي است در صورت پذيرش و اعلام قبولي متقاضیان خارجي در رشته‌ها و مناطق ممنوعه، پذيرش آنان در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالي آن مناطق، «**لغو**» مي‌شود.

تبصره : آن‌دسته از اتباع خارجي كه داراي "دفترچه مخصوص مدرك اقامت ويژه" صادره از سوي پليس مهاجرت و گذرنامه نيروي انتظامي جمهوري اسلامي هستند، محدوديتي براي تردد و یا سكونت در هيچ‌يك از شهرها یا مناطق كشور را ندارند.

**مناطق ممنوعه براي تردد و اقامت اتباع خارجي**

| نام استان | مناطق ممنوعه استان |
| --- | --- |
| آذربايجان شرقي | اقامت اتباع افغانستانی در سطح استان ممنوع است. |
| آذربايجان غربي | اقامت اتباع افغانستانی در سطح استان و همه‌ي اتباع خارجي در شهرهاي مرزي استان ممنوع است. |
| اردبيل | اقامت اتباع افغانستانی در سطح استان و اقامت اتباع عراقي در شهرستان‌هاي پارس‌آباد، بيله‌سوار، گرمي، مشكين‌شهر و نمين ممنوع است. |
| اصفهان | اقامت اتباع افغانستانی در شهرستان‌هاي نطنز، فريدن، فريدون‌شهر، سميرم، چادگان، خوانسار، بخش مرکزي اصفهان، دهاقان ،نائين، گلپايگان، خوروبيابانك، اردستان و بخش ابوزيد از شهرستان آران و بيدگل ممنوع است. |
| البرز | اقامت اتباع خارجي در كل استان بلامانع است. |
| ايلام | اقامت اتباع افغانستانی در سطح استان و اقامت همه‌ي اتباع خارجي در شهرستان‌هاي مهران، دهلران و شهرهاي مرزي استان ممنوع است. |
| بوشهر | اقامت اتباع افغانستانی در شهرستان‌هاي ديلم و گناوه و عسلويه ممنوع است. |
| تهران | اقامت اتباع خارجي در كل استان (به استثناء منطقه خجير در منطقه 13 شهرداري تهران براي اتباع افغانستاني) بلامانع است. |
| چهارمحال و بختياري | اقامت اتباع افغانستانی در سطح استان ممنوع است. |
| خراسان جنوبي | اقامت همه اتباع خارجي در شهرستان‌هاي مرزي نهبندان، سربيشه، درميان، قائن، زيركوه، فردوس، سرايان و طبس ممنوع است. اقامت اتباع افغانستانی در شهرستان‌هاي خوسف و بيرجند مجاز است. اقامت اتباع عراقي در سطح استان ممنوع است. |
| خراسان رضوي | اقامت اتباع افغانستانی در شهرستان‌هاي مرزي تربت‌جام، قوچان، تايباد، خواف، سرخس، كلات نادري و درگز ممنوع است. |
| خراسان شمالي | اقامت اتباع افغانستانی و عراقي در سطح استان ممنوع است. |
| خوزستان | اقامت اتباع افغانستاني ‌در سطح استان (به غیر از شهرستان گتوند) و اقامت‌ و تردد ساير اتباع خارجي در شهرستان‌هاي آبادان، خرمشهر و دشت‌آزادگان ممنوع است.  تبصره: اقامت اتباع خارجي دارنده گذرنامه و اقامت معتبر در شهرستان‌هاي آبادان و خرمشهر بلامانع است. |
| زنجان | اقامت اتباع افغانستانی در سطح استان ممنوع است و صرفاً شهرستان‌هاي زنجان و خدابنده براي اقامت اتباع عراقي مجاز است. |
| سمنان | تردد و اقامت اتباع خارجي در منطقه گرمسار و ورودي قصر بهرام، مركز آمايش معراج يك و منطقه دامغان از جاده جندق به طرف مركز آمايش سراج ممنوع است؛ اقامت اتباع افغانستانی در شهرستان‌هاي شاهرود و دامغان ممنوع است. |
| سيستان و بلوچستان | اقامت اتباع افغانستانی و عراقي در كل استان و اقامت و تردد اتباع خارجي در شهرستان‌هاي زابل، هيرمند، زهك و نيز بخش‌هاي مرزي شهرستان‌هاي خاش، ايرانشهر، سراوان و چابهار ممنوع است. |
| فارس | اقامت اتباع افغانستانی در شهرستان‌هاي فيروزآباد، فراشبند، داراب، ارسنجان، فسا، مُّهر، رستم، خنج و ني‌ريز ممنوع است. |
| قزوين | اقامت اتباع افغانستانی در كل استان (به غیر از شهرستان قزوين) ممنوع است. |
| قم | اقامت اتباع خارجي در كل استان بلامانع است. |
| كردستان | اقامت اتباع افغانستانی در سطح استان و اقامت همه‌ي اتباع خارجي در بخش مركزي شهرستان سقز و شهرستان‌هاي بانه و مريوان و همچنين شهرهاي مرزي استان (به استثناي مهمانشهرها) ممنوع است. |
| كرمان | اقامت اتباع افغانستانی در شهرستان‌هاي عنبرآباد، بافت، منوجان، قلعه‌گنج، بم، فهرج، رودبار، فارياب، نرماشير، كهنوج، جيرفت، انار و ريگان و همچنين اقامت اتباع عراقي در سطح استان ممنوع است. |
| كرمانشاه | اقامت اتباع افغانستانی در سطح استان و همه‌ي اتباع خارجي در شهرهاي مرزي استان ممنوع است. |
| كهگيلويه و بويراحمد | اقامت اتباع افغانستانی در سطح استان ممنوع است. |
| گلستان | صرفاً شهرستان‌هاي گرگان و گنبد براي اقامت اتباع افغانستاني مجاز است. |
| گيلان | اقامت اتباع افغانستاني در سطح استان ممنوع است. |
| لرستان | اقامت اتباع افغانستاني در سطح استان ممنوع است. |
| مازندران | اقامت اتباع افغانستاني در سطح استان ممنوع است. |
| مركزي | اقامت اتباع افغانستاني در شهرستان‌هاي آشتيان، تفرش، فراهان، فرمهين، خمين، شازند، محلات، زرنديه، كميجان و بخش خنداب از توابع اراک ممنوع است. |
| هرمزگان | اقامت اتباع افغانستاني در سطح استان (به غير از شهرستان‌هاي بندرعباس، حاجي‌آباد، پارسيان، قشم و کيش) ممنوع است. اقامت اتباع عراقي در شهرستان‌هاي کيش، حاجي‌آباد، قشم، ابوموسي و جاسک ممنوع است. |
| همدان | اقامت اتباع افغانستاني در سطح استان ممنوع است. |
| يزد | اقامت اتباع افغانستاني در شهرستان‌هاي خاتم و بافق ممنوع است. |

سهميه ‌ثبت‌نامي (نهايي) مناطق 1، 2 یا 3 پذيرفته‌شدگان آزمون سراسري بر اساس جدول ذيل تعيين مي‌شود

جدول شماره 5

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ملاك تعيين سهميه ثبت‌نامي (نهايي) براي پذيرفته‌شدگان با سهميه مناطق  1، 2 یا 3 | دارندگان مدرك نظام آموزشي ترمي واحدي / سالي واحدي | - بخش محل اخذ پيش‌دانشگاهي  - بخش محل اخذ ديپلم متوسطه نظام آموزشي ترمي واحدي/سالي واحدي  - بخش محل اخذ سال دوم نظام آموزشي ترمي واحدي/سالي واحدي | در صورتي كه بخش محل اخذ مدرك تحصيل متقاضیان در سه سال مذكور متفاوت باشد، سهميه ثبت‌نامي متقاضی بر اساس بخش محل اخذ مدرك‌ تحصيلي ‌منطقه ‌مرفه‌تر (بالاتر) تعيين ‌شده است. |
| دارندگان مدرك ديپلم نظام قديم‌ آموزش ‌متوسطه  (دبيرستان يا هنرستان) | - بخش محل اخذ دپيلم  - بخش محل اخذ سال سوم  - بخش محل اخذ سال دوم |
| دارندگان مدرك كارداني پيوسته آموزشكده‌هاي فني و حرفه‌اي و مؤسسات آموزش عالي غيرانتفاعي | - بخش محل اخذ دپيلم نظام جديد آموزش متوسطه  - بخش محل اخذ سال دوم  - بخش محل اخذ سال اول |
| دارندگان مدرك نظام آموزشي جديد 3-3-6 | - بخش محل اخذ پايه دوازدهم  - بخش محل اخذ سال يازدهم  - بخش محل اخذ سال دهم |

ساختار فايل پذيرفته‌شدگان نهايي آزمون سراسري سال 1404 در پرتال

جدول شماره 6

| رديف | نام فيلد | طول‌فيلد | رديف | نام فيلد | طول‌فيلد |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | شناسه یکتا | 13 | 29 | کد سهمیه قبولی | 1 |
| 2 | شماره داوطلبي | 7 | 30 | کد معلولیت | 1 |
| 3 | نام‌خانوادگي | 30 | 31 | کد شدت معلولیت | 1 |
| 4 | نام | 30 | 32 | كد عنوان ديپلم \*\*\* | 2 |
| 5 | نام پدر | 20 | 33 | کد عنوان پیش‌دانشگاهی | 2 |
| 6 | جنس | 1 | 34 | بهيار | 1 |
| 7 | تاريخ تولد (روز، ماه، سال) | 8 | 35 | آموزگار | 1 |
| 8 | شماره شناسنامه | 10 | 36 | گروه قبولي | 1 |
| 9 | كد ملي | 10 | 37 | كد رشته قبولي | 5 |
| 10 | كد وضعيت نظام وظيفه | 2 | 38 | دي‌كد رشته قبولي | 100 |
| 11 | كد بخش تولد | 4 | 39 | گرايش قبولي | 60 |
| 12 | كد شهر تولد | 2 | 40 | كد دانشگاه قبولي | 4 |
| 13 | كد استان تولد | 2 | 41 | دي‌كد دانشگاه قبولي | 60 |
| 14 | كد بخش ديپلم يا پيش‌دانشگاهي | 4 | 42 | کد مقطع قبولي | 1 |
| 15 | كد شهر ديپلم يا پيش‌دانشگاهي | 2 | 43 | کد دوره قبولی | 2 |
| 16 | كد استان ديپلم يا پيش‌دانشگاهي | 2 | 44 | کد نظام‌آموزشي | 1 |
| 17 | كد بخش‌ سال‌ قبل ‌از ديپلم يا پيش‌دانشگاهي | 4 | 45 | کد اتباع خارجي و مليت | 1 |
| 18 | كد شهرستان ‌سال ‌قبل ‌از ديپلم ‌يا پيش‌دانشگاهي | 2 | 46 | کد فراگیراتباع | 16 |
| 19 | كد استان سال قبل از ديپلم يا پيش‌دانشگاهي | 2 | 47 | سال اخذ ديپلم \*\*\* | 16 |
| 20 | كد بخش دو سال قبل از ديپلم يا پيش‌دانشگاهي | 4 | 48 | سال اخذ پيش‌دانشگاهي | 4 |
| 21 | كد شهرستان ‌دو سال‌ قبل ‌از ديپلم ‌يا پيش‌‌دانشگاهي | 2 | 49 | نمرات‌ دروس (اين‌ فيلدها ‌براي‌گزينش‌ صرفاً بر اساس سوابق تحصيلي‌خالی مي‌باشد‌) | 9 فیلد 6کاراکتری |
| 22 | كد استان‌ دو سال قبل از ديپلم يا پيش‌دانشگاهي | 2 | 50 | زبان خارجي\*\*\* | 1 |
| 23 | كد بخش اقامت (محل تعیین حوزه امتحانی) | 4 | 51 | نمره قبولي | 6 |
| 24 | كد شهر اقامت (محل تعیین حوزه امتحانی) | 2 | 52 | تلفن ثابت | 11 |
| 25 | كد استان اقامت (محل تعیین حوزه امتحانی) | 2 | 53 | تلفن همراه | 11 |
| 26 | كد استان بومي | 2 | 54 | كدپستي | 10 |
| 27 | کد سهميه نهايي | 1 | 55 | عنوان استان محل سکونت | 50 |
| 28 | کد سهمیه ثبت‌نامی | 2 | 56 | عنوان شهر محل سکونت | 50 |
| 57 | آدرس محل سکونت | 200 | 72 | ردیف رشته قبولی | 3 |
| 58 | پست الکترونیکی | 50 | 73 | کد پیگیری سوابق تحصیلی | 26 |
| 59 | کد وضعیت اشتغال به تحصیل در آموزش عالی | 1 | 74 | دریافت فرم انصراف (قبولی قبلی با سهمیه ایثارگران)  (0 :خیر 1: بله) | 1 |
| 60 | فارغ‌التحصیل مقطع کاردانی (0 :خیر 1: بله) | 1 | 75 | نیاز به بررسی مغایرت معدل  (1: دارد 0: ندارد)  (مطابق بند پ صفحه 3 دستورالعمل ثبت‌نامی اقدام گردد) | 1 |
| 61 | فارغ التحصیل مقطع کارشناسی (0 :خیر 1: بله) | 1 |  | | |
| 62 | فارغ‌التحصیل مقطع کارشناسی ارشد و بالاتر (0 :خیر 1: بله) | 1 |
| 63 | معدل کتبی دیپلم\*\*\* | 4 |
| 64 | پذیرش بدون آزمون می‌باشد (0 :خیر 1: بله) | 1 |
| 65 | کد تعهد وزارت بهداشت (0 :خیر 1: بله) | 1 |
| 66 | چپ دست می‌باشد (0: خیر 1: بله) | 1 |
| 67 | کد نقص\*\*\* | 1 |
| 68 | رتبه در سهمیه نهایی | 6 |
| 69 | رتبه کشوری | 6 |
| 70 | دانشجوی ممتاز  (0): شامل مزایای آیین نامه تسهیلات دانشجوی ممتاز نمی‌باشد  (1): شامل مزایای آيین نامه تسهیلات دانشجوی ممتاز می‌باشد | 1 |
| 71 | حداقل نمره سهميه آزاد يا منطقه يك در رشته محل قبولي  0: -  1: حد نصاب سهمیه آزاد یا منطقه را دارد  2: حد نصاب سهمیه آزاد یا منطقه را ندارد | 1 |

🟋 فیلد ردیف 50 تنها برای داوطلبانی که گروه قبولی آنها زبان خارجی (5) است پر می‌باشد.

🟋فیلدهای ردیف 32 و 63 فقط برای رشته‌های پذیرش صرفا بر اساس سوابق تحصیلی (بدون آزمون) مقدار دارد و برای رشته‌های با آزمون با صفر پر شده است.

🟋نام فایل عکس داوطلبان همان فیلد کد شناسه یکتا 13 رقمی (ردیف 1) می‌باشد

🟋کد نقص: 0: فاقد کد نقص 1: کد نقص عکس

🟋فیلد 47 (سال اخذ دیپلم) حد اکثر دارای 3 مقدار میباشد. (برخي داوطلبان بیش از یک دیپلم دارند)

جنس: 1- زن 2- مرد

سهميه نهايي: 1- منطقه1، 2- منطقه3، 3- منطقه 3، 4- خانواده شهدا، 5- ایثارگران 25 درصد ظرفیت 6- رزمندگان، 7- ایثار گران 5 درصد ظرفیت

سهميه قبولي: 0 - آزاد، 1- منطقه1، 2- منطقه2، 3- منطقه3، 4- خانواده شهدا، 5- ایثارگران 25 درصد ظرفیت، 6- رزمندگان، 7- كارمندي، 8- ديپلمه‌هاي كشاورزي 9- ایثارگران 5 درصد ظرفیت

گروه : 1- علوم رياضي وفني 2- علوم تجربي 3- علوم انساني 4- هنر 5- زبان خارجي

مقطع: 1- كارداني2- كارشناسي 3- كارشناسي ارشد 4- دكتراي عمومی 5- دكتراي پيوسته

نظام آموزشی: 1- نظام ترمی‌واحدی یا سالی‌واحدی 2- نظام قديم3- نظام آموزشی 3-3-6 4- سطح یک حوزه

اتباع خارجي: 1- افعانستان 2- پاكستان 3- تركيه 4- عراق 5- لبنان 6- هند 7- سايركشورها

زبان خارجي: 1- انگليسي 2- آلماني 3- فرانسه 4- روسي 5- ايتاليايي

کد وضعیت تحصیلی در اموزش عالی : 0: هیچکدام 1: دانشجوی انصرافی روزانه 2: دانشجوی انصرافی غیر روزانه 3: دانشجوی روزانه 4: دانشجوی غیر روزانه 5-دانشجوی اخراجی

کد دوره : 1- روزانه، 2– نوبت دوم 3- پیام‌نور 4- نیمه حضوری 5- محروم 6- فرهنگيان/ آزاد 7– غیر انتفاعی 8– فرهنگيان/شاغل 9- پردیس خودگردان 10- مجازي دولتي 11- مجازي غير انتفاعي 12- شهريه پرداز 13- مشترك با خارج 14- دانشگاه ازاد 15- خودگردان دانشگاه آزاد 16- روزانه غیردولتی

معلولیت : 1- بینایی 2- شنوايي3- جسمي و حرکتي 4- آسیب گفتار و زبان 5- تکامل رشد(اتیسم) 6- اعصاب و روان

شدت معلولیت : 1- خفیف 2- متوسط 3- شدید 4 – خیلی شدید

|  |  |
| --- | --- |
| عنوان سهمیه ثبت نامي | کد سهمیه ثبت‌نامي |
| مناطق | 1 |
| خانواده شهدا | 2 |
| جانبازان 25درصد و بالاتر | 3 |
| فرزند جانباز 25درصد و بالاتر | 4 |
| همسر جانباز 25درصد و بالاتر | 5 |
| آزادگان | 6 |
| فرزند آزاده | 7 |
| همسر آزاده | 8 |
| فرزند شهيد و مفقودالاثر | 9 |
| همسر شهيد و مفقودالاثر | 10 |
| رزمنده داوطلب بسیجی | 11 |
| رزمنده وزارت جهاد كشاورزي | 12 |
| رزمنده ستاد كل نيروهاي مسلح | 13 |
| جانبازان كمتراز25درصد | 14 |
| فرزند جانبازان كمتراز25درصد | 15 |
| همسر جانبازان كمتراز25درصد | 16 |
| فرزند رزمنده داوطلب بسیجی | 17 |
| فرزند رزمنده وزارت جهاد كشاورزي | 18 |
| فرزند رزمنده ستادكل نيروهاي مسلح | 19 |
| همسر رزمنده داوطلب بسیجی | 20 |
| همسر رزمنده وزارت جهاد كشاورزي | 21 |
| همسر رزمنده ستادكل نيروهاي مسلح | 22 |

|  |  |
| --- | --- |
| گروه علوم رياضي و فني | |
| شماره درس | عنوان درس |
| 1 | ریاضی |
| 2 | فیزیک |
| 3 | شیمی |

جدول عنوان دروس جهت نمرات خام:

|  |  |
| --- | --- |
| گروه علوم تجربي | |
| شماره درس | عنوان درس |
| 1 | زیست شناسی |
| 2 | فیزیک |
| 3 | شیمی |
| 4 | ریاضی |
| 5 | زمین شناسی |
| 6 | تخصصی بهیاری (برای بهیاران) |

|  |  |
| --- | --- |
| گروه علوم انساني | |
| شماره درس | عنوان درس |
| 1 | ریاضی |
| 2 | زبان و ادبیات فارسی |
| 3 | علوم اجتماعی |
| 4 | روانشناسی |
| 5 | زبان عربی |
| 6 | تاریخ و جغرافیا |
| 7 | فلسفه و منطق |
| 8 | اقتصاد |

|  |  |
| --- | --- |
| هنر | |
| شماره درس | عنوان درس |
| 1 | درک عمومی هنر |
| 2 | درک عمومی ریاضی- فیزیک |
| 3 | خلاقیت تصویری و تجسمی |

|  |  |
| --- | --- |
| گروه زبان | |
| شماره درس | عنوان درس |
| 1 | زبان تخصصی |

درگاه اطلاع‌رساني سازمان:

[www.sanjesh.org](http://www.sanjesh.org)

آدرس پرتال دانشگاهي:

http://group.sanjesh.org/universityportal