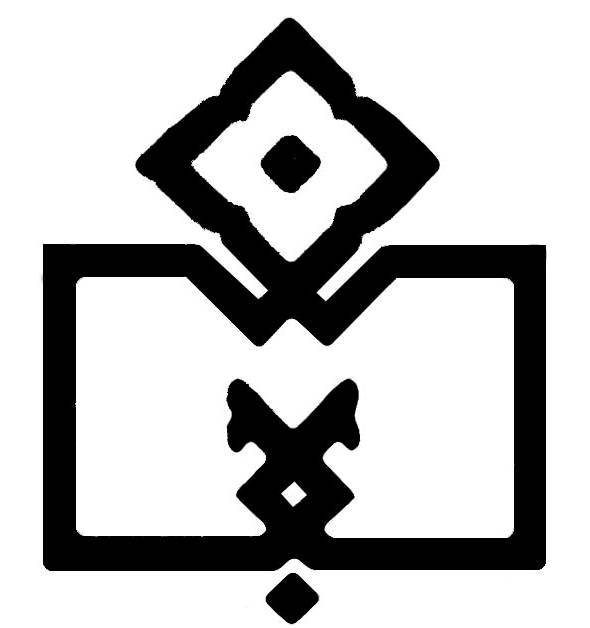
بسمه تعالي



**شماره :**

**تاريخ :**

**معاونت آموزشي**

**دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتي درمانی**

**استان زنجان**

مدير محترم تحصيلات تكميلي

دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني زنجان

**با سلام :**

**احتراماً اينجانب فرزند به شماره شناسنامه صادره از به تاريخ تولد / / پذيرفته شده علمي پنجاهمین دوره امتحانات پذيرش دستياري رشته اين دانشگاه در رشته متعهد مي گردم در استخدام كادر درماني و يا آموزشي رسمي قطعي، رسمي آزمايشي، پيماني و قراردادي هيچ مركز درماني و يا دانشگاهي نباشم. چنانچه خلاف اين تعهد محرز شود، در هر مقطعي از تحصيل، دانشگاه مجاز به اعمال مقررات قانوني و لغو ثبت نام اينجانب بوده و حق هيچگونه اعتراضي نخواهم داشت.**

توضيح : **چنانچه در استخدام مركز و يا دانشگاهي مي باشيد، لطفاً نوع استخدام و محل استخدام را مشخص نماييد.**

|  |
| --- |
| **نام مرکز یا دانشگاه محل اشتغال:**  **نوع استخدام:** |

**- شايان ذكر است داوطلباني كه مشغول خدمت در يكي از وزارتخانه ها، سازمان ها و نهادها ( به استثناء دانشگاه هاي علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي ) مي باشند، در هنگام ثبت نام ملزم به سپردن تعهد محضري به محل استخدام و ارائه حكم مأموريت آموزشي خود به اين دانشگاه هستند و فرد يا سازمان مربوطه موظف به پرداخت شهريه و كليه هزينه هاي تحصيلي برابر ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي مي باشد.**

امضا :

تاريخ :