|  |  |
| --- | --- |
| **RESERTİFİKASYON SINAV**  **MERKEZİ** | ANKARA ŞEHİR HASTANESİ DİYALİZ ÜNİTESİ |
| **BAŞVURU YAPILACAK ALANLAR** | Hemodiyaliz Sorumlu Pratisyen Hekimliği Hemodiyaliz Hemşireliği Periton Diyaliz Hemşireliği |
| **SINAV YERİ İLETİŞİM**  **BİLGİLERİ** | Ankara Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Hemodiyaliz Ünitesi,Üniversiteler Mahallesi 1604 cad.no:9 -06800 Bilkent /Ankara  |

**“**Hekimler ve Hemişereler için Hemodiyaliz Resertifikasyon `”Sınavı yapılacaktır.Sertifika sahipleri sertifikalrının geçerliliksürelerinin bitiminden 3 (üç) ay önceden başlayarak 3 (üç) ay sonrasına kadar olan 6 (altı) aylık dönemde resertifikasyon sınavına başvurmak ve girmek zorundadır .

Sınav başvuru tarihleri ve sınav tarihi aşağıda belirtilmiştir.

|  |
| --- |
|  **2019 Yılı Hekim ve Hemşireler için Hemodiyaliz-Periton Resetifikasyon Başvuru ve Sınav Tarihleri** |
|  | **Başvuru Tarihi** | **Sınav Tarihi** |
| **1. Dönem** | **06/05/2019– 20/05/2019** | **12/06/2019** |
| **2. Dönem** | **19/08/2019 -02/09/2019** | **25/09/2019** |
| **3. Dönem** | **02/12/2019- 13/12/2019** | **30/12/2019** |

**Sınav için gerekli belgeler ;**

1-Resertifikasyon Başvuru dilekçesi

2- Sertifika fotokopisi (Aslı gibidir onaylı)

3- Nüfus cüzdanı fotokopisi ile birlikte Diyaliz Eğitim Merkezine başvurmaları gerekmektedir.

**Eğitim Merkezi Sorumlusu**

Adı Soyadı: Doç.Dr. Mine Şebnem KARAKAN

**E ğitim Merkezi Hemodiyaliz Sorumlu Hemşiresi**

Adı Soyadı: Sevgi AYDIN

Telefon numarası: 0312 552 60 00 710088

Email Adresi: sevgiaydin35@hotmail.com