**İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ 2020 YILI DİYALİZ EĞİTİM TARİHLERİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KURS BAŞVURU TARİHİ | KURS TARİHİ | KURSİYER SAYISI |
| 15 Kasım 2019 – 10 Aralık 2019 | 02 Ocak 2020 – 04 Mayıs 2020 | 4 |
| 2 Mart 2020 – 31 Mart 2020 | 04 Mayıs 2020 – 04 Eylül 2020 | 4 |
| 01 Temmuz 2020 – 31 Temmuz 2020 | 04 Eylül 2020 – 04 Ocak 2021 | 4 |
| 15 Kasım 2020 – 10 Aralık 2020 | 04 Ocak 2021 – 04 Mayıs 2021 | 4 |
| Diyaliz Eğitim Merkezi İletişim Bilgileri (adres, telefon) | 0 232 243 43 43 DAHİLİ: 1190 - 1790 – 2693 İKÇÜ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NEFROLOJİ KLİNİĞİ DİYALİZ BİRİMİ | |
| GEREKLİ BELGELER | Başvuru dilekçesi,  Diyaliz Eğitim Başvuru Formu,  Kurum amirince onaylı diploma örnekleri,  Hiçbir yerde çalışmayanlar için bu durumu bildiren belge ve diploma örnekleri,  Kurum / Merkez tarafından düzenlenecek gerekçeli ihtiyaç yazısı ile birlikte İl Sağlık Müdürlüğüne başvurmaları gerekmektedir. | |

**2020 YILI DİYALİZ RESERTİFİKASYON SINAV TARİHLERİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SINAV BAŞVURU TARİHİ | | SINAV TARİHİ |
| **15 Mart 2020 – 15 Nisan 2020** | | **15 Mayıs 2020** |
| **15 Eylül 2020 -15 Ekim 2020** | | **13 Kasım 2020** |
| SINAV YERİ | İKÇÜ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NEFROLOJİ KLİNİĞİ DİYALİZ BİRİMİ | |
| BAŞVURU MERKEZİ | İl Sağlık Müdürlükleri | |
| GEREKLİ BELGELER | -Resertifikasyon Başvuru Formu  -Sertifika Örneği (Aslı gibidir onaylı)  -Nüfus Cüzdanı Fotokopisi | |

**Eğitim Merkezi Sorumlusu:**

Adı Soyadı: Dr. İsmail Rıfkı ERSOY

Telefon numarası: 0232 243 43 43 –(2493)

Adı Soyadı: Dr. Eda Y. BOYAR

Telefon numarası: 0232 243 43 43 –(2693)

E-posta Adresi: ataturkeahdiyaliz@gmail.com

**Eğitim Merkezi Sorumlu Hemşiresi:**

Adı Soyadı: Serap ŞEKER

Telefon numarası: 0232 243 43 43 – (1190)

E-posta Adresi: ataturkeahdiyaliz@gmail.com