**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ**

**2024 YILI DİYALİZ SERTİFİKA EĞİTİM PROGRAMI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| BAŞVURU TARİHİ | | BAŞLANGIÇ TARİHİ | BİTİŞ TARİHİ | KURSİYER  SAYISI |
| Pratisyen  Hekim | 19.02.2024 01.03.2024 | 06.05.2024 | 13.09.2024 | 5 |
|  | | | | |
| Diyaliz Eğitim Merkezi İletişim  Bilgileri (adres, telefon) | | Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Diyaliz Eğitim Merkezi  0 (362) 312 19 19 (3393) | | |
| 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 Diyaliz Eğitim Merkezine başvurmaları gerekmektedir. | | |

**2024 YILI DİYALİZ RESERTİFİKASYON SINAV TARİHLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **SINAV BAŞVURU TARİHİ** | **SINAV TARHİ** |
| 19.02.2024-01.03.2024 | 30.03.2024 Saat:11.00 |
| 13.05.2024-24.05.2024 | 29.06.2024 Saat:11.00 |
| 12.08.2024-23.08.2024 | 28.09.2024 Saat:11.00 |
| 11.11.2024-22.11.2024 | 28.12.2024 Saat: 11.00 |
| SINAV YERİ | Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Diyaliz Ünitesi |
| BAŞVURU MERKEZİ | İl Sağlık Müdürlükleri |
| GEREKLİ BELGELER | -Resertifikasyon Başvuru Formu  -Sertifika Örneği  -Nüfus Cüzdanı Fotokopisi  -İkametgâh belgesi |

**Eğitim Merkezi Sorumlusu:**

Adı Soyadı: Prof. Dr. Nurol ARIK

Telefon numarası: 0 362 312 19 19 Dahili: 3033

E-posta Adresi:

**Eğitim Merkezi Sorumlu Hemşiresi:**

Adı Soyadı: Ürke UZUN

Telefon numarası: 0 362 312 19 19 Dahili: 4095

E-posta Adresi: