**ANKARA ÜNİVERSİTESİ İBNİ SİNA HASTANESİ 2019 YILI DİYALİZ RESERTİFİKASYON SINAV TARİHLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **SINAV BAŞVURU TARİHİ** | **SINAV TARİHİ** |
| 20 Nisan – 10 Mayıs 2019 | 20 Mayıs 2019 |
| 03 -24 Haziran 2019 | 01Temmuz 2019 |
| 09 – 30 Eylül 2019 | 07 Ekim 2019 |
| 01 – 25 Kasım 2019 | 03 Aralık 2019 |

|  |  |
| --- | --- |
| **SINAV YERİ** |  |
| **BAŞVURU MERKEZİ** | İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ |
| **GEREKLİ BELGELER** | -Resertifikasyon Başvuru Formu  -Sertifika Örneği (Aslı gibidir onaylı)  -Nüfus Cüzdanı Fotokopisi |

**Eğitim Merkezi Sorumlusu**

Adı Soyadı: Prof.Dr.Neval DUMAN

Telefon numarası:508 21 68

**Eğitim Merkezi Diyaliz Sorumlu Hemşiresi**

Adı Soyadı: Sevda ARAT

Telefon numarası: 508 21 81 – 508 21 82

E-posta: sevdarat@hotmail.com