T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

................................................. İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Sertifikalı Eğitim Birimi/İlgili Şube Müdürlüğüne

Konu: Diyaliz Sertifikasının Resertifikasyonu (Yenilenmesi) Talebi

Başvuru Sahibi : ........................................................

T.C. Kimlik No : ........................................................

Meslek/Unvan : ........................................................ (Hekim/Hemşire/Sağlık Memuru vb.)

Sertifika Türü : ........................................................ (Örn. Hemodiyaliz Hemşireliği)

Sertifika No : ........................................................

Sertifika Tarihi : .../.../20.... Geçerlilik Bitişi: .../.../20....

Çalıştığı Kurum : ........................................................

Görev/Kadro : ........................................................

Telefon / E-posta : ........................................................

Adres : ........................................................

AÇIKLAMA

İlimizde/kurumumuzda diyaliz uygulamalarında aktif olarak görev yapmaktayım. Mevcut diyaliz sertifikamın

geçerlilik süresi dolmak üzere/dolmuştur. İlgili mevzuat uyarınca resertifikasyon koşullarını (çalışma

saatleri, hizmet belgesi, eğitim/mesleki gelişim kayıtları vb.) sağladığımı gösteren belgeler ekte sunulmuştur.

Bu kapsamda sertifikamın resertifikasyon işlemlerinin yapılarak geçerlilik süresinin uzatılmasını talep ederim.

Gereğini arz ederim.

..............., .... / .... / 20....

Başvuru Sahibi

Adı Soyadı : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

İmza

EKLER:

1) Mevcut diyaliz sertifikası sureti

2) Kurum yazısı/hizmet belgesi (son 5 yıla ilişkin çalışma durumu)

3) Eğitim/mesleki gelişim (CME, kurs/çalıştay) katılım belgeleri (varsa)

4) SGK hizmet dökümü (varsa)

5) Kimlik fotokopisi

6) Fotoğraf ve başvuru formu (varsa)