

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)