



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ -
ORGAN, DOKU NAKLİ VE DİYALİZ HİZMETLERİ DAİRE
BAŞKANLIĞI

16/12/2016 21:03 - 56733164 - 799 - E 3371



ACELE VE GÜNLÜDÜR

Sayı : 56733164-799

Konu : Diyaliz Resertifikasyon Sınavı Hk.

Bilindiği üzere Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik 18.06.2010 tarih ve 27615 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Söz konusu Yönetmelikte diyaliz sertifikalarının geçerlilik süresi, düzenleme tarihinden itibaren uzman tabipler için üç yıl, tabip ve tabip dışı personel için beş yıl olarak düzenlenmiştir. Bu nedenle **2017 Yılı Mayıs** ayında yapılması planlanan sınava;

Uzman Tabipler için;

- 01/01/2013 - 31/12/2013 tarihleri arasında sınava girerek sertifika almaya hak kazananlar,
- 01/01/2012 - 31/12/2012 tarihleri arasında sınava girerek sertifika almaya hak kazanan ancak 2016 yılı Mayıs ayında yapılan sınava girmeyen ya da başarısız olanlar,
- 01/01/2011 - 31/12/2011 tarihleri arasında sınava girerek sertifika almaya hak kazanan uzman hekimlerden, 2015 Yılı Mayıs ve 2016 Yılı Mayıs ayında yapılan sınavlara girmeyen ya da başarısız olanlar,
- 25/10/2009 tarihinde yapılan Diyaliz Resertifikasyon sınavına girip kazananlar,

Pratisyen Tabip ve Tabip Dışı Personel için;

- 01/01/2011 - 31/12/2011 tarihleri arasında sınava girerek sertifika almaya hak kazananlar,
- 01/01/2010 - 31/12/2010 tarihleri arasında sınava girerek sertifika almaya hak kazanan tabip ve tabip dışı personelden 2016 yılı Mayıs ayında yapılan sınava girmeyen ya da başarısız olanlar,
- 01/01/2009 - 31/12/2009 tarihleri arasında sınava girerek sertifika almaya hak kazanan tabip ve tabip dışı personelden 2015 Yılı Mayıs ve 2016 yılı Mayıs ayında yapılan sınava girmeyen ya da başarısız olanlar,
- 25/10/2009 tarihinde yapılan Diyaliz Resertifikasyon sınavına girip kazananlar başvurabileceklerdir.

Mithatpaşa Caddesi No:3 06434 Sıhhiye ANKARA Bilgi İçin Savaş ÇAMÖZ

Faks No:

e-Posta:savas.camoz@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Tel:0312 324 38 64 Faks:0312 324 55

15 E-Posta: diyalizegitim@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden f6a216e3-a8c2-449e-a029-758cb2a202a3 kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Savaş ÇAMÖZ

Unvan:ŞEF

Telefon No:

Bu kapsamda; ilinizden resertifikaşyon sınavına katılacakların, Yönetmelik eki (Ek-12) nde yer alan “Resertifikaşyon Başvuru Formu” ile birlikte kimlik fotokopisi, sertifika örneği ile birlikte ikamet ettiği ildeki Sağlık Müdürlüğüne **17/02/2017 tarihi mesai bitimine kadar** müracaat etmeleri ve müracaatı uygun bulunan personelin isim listesinin ekte bir örneği gönderilen “Resertifikaşyon Sınavına Katılacak Personel Listesi Formu” na uygun olarak doldurularak **03/03/2017** tarihine kadar Bakanlığımıza gönderilmesi gerekmektedir.

Sınava girmeye hak kazanan personelin gireceği sınav merkezi ve sınav tarihi ile daha sonraki yapılacak resertifikaşyon sınavına ilişkin bilgiler www.saglik.gov.tr adresinde ayrıca duyurulacaktır.

Müracaatlarda eksik bilgi ve belgesi olanların başvurularının alınmaması ve **başvuru belgelerinin daha sonraki işlemlere esas olmak üzere Müdürlüğünüzde muhafaza edilmesi** konularına özen gösterilmesi ve sınav duyurusunun iliniz genelindeki kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına tebliğ edilmesi hususlarında;

Geređini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Nurullah OKUMUŞ
Bakan a.
Genel Müdür

EK: Form Örneđi (2 sayfa)

DAĞITIM

Geređi :

81 İl Sağlık Müdürlüğü

Mithatpaşa Caddesi No:3 06434 Sıhhiye ANKARA Bilgi İçin Savaş ÇAMÖZ

Faks No:

e-Posta:savas.camoz@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Tel:0312 324 38 64 Faks:0312 324 55

15 E-Posta: diyalizegitim@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden f6a216e3-a8c2-449e-a029-758cb2a202a3 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Savaş ÇAMÖZ

Unvan:ŞEF

Telefon No:

RESERTİFİKASYON BAŞVURU FORMU

Adı Soyadı:	
T.C Kimlik No:	
Sicil No:	
Görevi:	
Çalıştığı Yer:	
Adres:	
Telefon:	
Sertifika Tarihi:	
Sertifika No:	
Eğitim Aldığı Merkez:	

Başvuru Sahibinin
Adı Soyadı
Tarih ve İmza

[illegible]

...../...../.....
İl Sağlık Müdürü
Adı Soyadı
İmza / Mühür

İmza :