

**Ek-2 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI**

 **HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ**

|  |
| --- |
| **ENFEKSİYON KONTROL HEMŞİRESİ (EKH) RESERTİFİKASYON BAŞVURU FORMU** |
| İSİM SOYİSİM |  |
| T.C. KİMLİK NUMARASI |  |
| KURUM İSMİ |  |
| CEP TELEFONU |  |
| E- POSTA |  |
| SERTİFİKA ALDIĞI YIL |  |
| RESERTİFİKASYON SINAVINDAN MUAFDURUMU |  5 (BEŞ) YILDIR EKH OLARAK ÇALIŞIYORUM\* 4 (DÖRT) YILDIR EKH OLARAK ÇALIŞIYORUM VE 1(BİR) YAYINIM VAR\*\* |

\* Sertifikanın geçerlilik süresi içinde en az 5 (beş) yıl enfeksiyon kontrol hemşiresi olarak çalışan ve süre bitiminde halen aktif olarak enfeksiyon kontrol hemşiresi olarak çalışmakta olan sertifika sahiplerinin enfeksiyon kontrol komite başkanı ve başhekim tarafından imzalanan dilekçelerini PDF formatında göndermeleri gerekmektedir.

\*\* Sertifikanın geçerlilik süresi içinde en az 4 (dört) yıl enfeksiyon kontrol hemşiresi olarak çalışan ve bu süre içerisinde en az bir adet ulusal/uluslararası hakemli dergilerde sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların kontrolü konusunda yayın yapmış sertifika sahiplerinin yayınlarını ve enfeksiyon kontrol komite başkanı ve başhekim tarafından imzalanan dilekçelerini PDF formatında göndermeleri gerekmektedir.

 Belgelerin tümünün enfeksiyon@saglik.gov.tr adresine taratılarak gönderilmesi gerekmektedir. Ekran görüntüsü ve fotoğraf olarak gönderilen belgeler kabul edilmeyecektir.

 …./…/ 2023

 Adı Soyadı /İmza