



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Genel Sekreterlik



ACELE
19.08.2024

Sayı : E-27848278-900-567746
Konu : Ameliyathane Hemşireliği Sertifikalı
Eğitim Başvurusu

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğünün 14.08.2024 tarihli ve E-65124556-900-565999 sayılı yazısı.

Üniversitemiz Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde 30.09.2024 - 30.10.2024 tarihleri arasında Ameliyathane Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı düzenlenecektir. Bahse konu sertifikalı eğitim programının başvuruları 12.08.2024 - 30.08.2024 tarihleri arasında alınacaktır. Üniversiteniz bünyesinde gerekli duyurunun yapılması hususunda;
Bilgilerini ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Ahmet KUTLUHAN
Rektör

Ek:

- 1- Duyuru Metni (2 Sayfa)
- 2- Başvuru Formu (2 Sayfa)

Dağıtım:
TÜM ÜNİVERSİTE REKTÖRLÜKLERİNE

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSMC23V49Z Pin Kodu :68662

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/pau-ebys>

Adres:Kınıklı Yerleşkesi 20160/DENİZLİ

Telefon:0 () Faks:0 (258) 0

e-Posta:gensek@pau.edu.tr Elektronik Ağ:http://www.pau.edu.tr/genelsekreterlik/tr

Keş Adresi: paurektorluk@hs01.kep.tr

Bilgi için: Fatma YAVUZ
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni



Tel No: 0 258 296 18 17

Pamukkale Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastaneleri Ameliyathane Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı

Pamukkale Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastaneleri tarafından 30.09.2024 - 30.10.2024 tarihleri arasında Ameliyathane Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı düzenlenecektir. Bahse konu sertifikalı eğitim programının başvuruları 12.08.2024 - 30.08.2024 tarihleri arasında alınacak olup başvuru yapmak isteyen katılımcılar aşağıda bilgileri yer alan iletişim adresi ile irtibata geçebilirler.

BAŞVURU BELGELERİ

- [BAŞVURU FORMU \(ONAYLI\) İNDİRMEK İÇİN TIKLAYINIZ .](#)
- Çalıştığı kurumdan alınan görev belgesi(Bu sertifikalı eğitim programına en az 2 yıl ameliyathanede çalışmış hemşire,ebe (hemşirelik yetkisi almış), sağlık memuru(toplum sağlığı) katılabilir. Görev Belgesi; Ameliyathanede çalıştığınızı ve ne zaman ameliyathanede çalışmaya başladığınızı gösterir bir belge olarak düzenlenmelidir.)

ÖNEMLİ NOT:

ALINAN ÇALIŞMA BELGESİNDE” İSİMLİ KİŞİ
TARİHİNDEN İTİBAREN KURUMUMUZDA HEMŞİRE OLARAK ÇALIŞMAKTADIR.İLGİLİ KİŞİ
..... TARİHİNDEN İTİBAREN AMELİYATHANE (.....)
ALANINDA GÖREVLENDİRİLMİŞ OLUP HALEN AMELİYATHANE'DE ÇALIŞMAKTADIR .”
METNİ YAZILARAK BAŞHEKİMLİK İMZASI İLE GÖNDERİLMESİ GEREKMEKTEDİR.

- Ünvanı ile ilgili Diploma yada Mezuniyet Belgesi fotokopisi (ASLI GİBİDİR Onaylı) Diplomalardan Sağlık Bakanlığı Tescili bulunmalıdır.
- Nüfus Cüzdanı Fotokopisi(ASLI GİBİDİR Onaylı)
- Hemşire yetkili EBE ise Yetki Belgesi ya da Görev yaptığı hastanenin “HEMŞİRE YETKİLİ EBE” olduğunu gösteren yazısı

NOT: Başvuru yapmak isteyen katılımcılar başvuru formunu doldurarak diğer evraklarla birlikte vakyol@pau.edu.tr mail adresine gönderebilir ya da elden bizzat teslim edebilirler.

Program Sorumlusu: AYTÜL ÇETİNKAYA

İletişim Bilgileri: VECİYE AKYOL

E-posta: vakyol@pau.edu.tr

Tel: 0(258) 296 60 00 Dahili:5964/5905

Tel: 0505 644 61 12

Eğitim Ücreti

Programa Özel Hastaneler ve Vakıf Hastanelerinden başvuru yapan personellerin, Ameliyathane Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı kursiyeri olarak seçilmeleri halinde **39,943,024 TL** (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü' nün 21.07.2024 tarihli ve E-99910406-799-248407011sayılı Makam oluruna uygun görülen program ücretidir) eğitim ücreti ve kursiyerin eğitim programını başarı ile tamamlaması halinde **1541 TL** (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü' nün 28.12.2023 tarihli ve E-19902653-841.01.01-232429107 sayılı Makam Oluru ile "2024 Yılı Belge Bedeli" olarak uygun görülen sertifika bedelidir) sertifika bedelinin Hastanemizin aşağıda belirtilen hesabına yatırılması gerekmektedir.

Eğitim Ücreti Yatırılacak:

Hesap sahibi: Pamukkale Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi

Hesap No: 06000229

IBAN : TR57 0001 2001 4630 0006 0002 29

NOT: Açıklama bölümüne Kişi TC ve Ameliyathane Hemşireliği Sertifikasyon Programı Olduğu belirtilmelidir.



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

AMELİYATHANE HEMŞİRELİĞİ SERTİFİKALI EĞİTİM PROGRAMI BAŞVURU FORMU

EĞİTİM MERKEZİNİN ADI : PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ

PROGRAM TARİHİ : 30.09.2024-30.10.2024

BAŞVURU SAHİBİNİN BİLGİLERİ

ADI SOYADI	
T.C. KİMLİK NO	
DOĞUM TARİHİ (GÜN/AY/YIL)	.../.../....
SİCİL NO	
UNVANI (Hemşirelik yetkisi almış olan ebeler mutlaka belirtilecek)	
ÖĞRENİM DURUMU	
GÖREV YAPTIĞI HASTANE	
GÖREV YAPTIĞI BİRİM	
BİRİMDE ÇALIŞMA SÜRESİ	
İLETİŞİM BİLGİSİ	Cep : E-Posta:
SERTİFİKALARI (VARSA)	1- 2-
SERTİFİKA TESCİL TARİHLERİ	1- 2-
AYNI PROGRAMA ÖNCEKİ BAŞVURU SAYISI	

HASTANE BİLGİLERİ (İlgili Yönetici tarafından doldurulacaktır)

GÖREV YAPTIĞI BİRİMDEKİ YATAK SAYISI/VAKA SAYISI (YILLIK)/.....
BİRİMDE AYNI UNVANDA ÇALIŞAN PERSONEL SAYISI:	
HASTANE/BİRİMDE AYNI PROGRAMA AİT SERTİFİKALI PERSONEL SAYISI:/.....

Aynı anda aynı programda başka bir eğitim programına/merkezine başvurulamaz.

Söz konusu eğitim programı tarihlerinde düzenlenecek sertifikalı eğitim programı için başka bir eğitim merkezine başvuru yapmadığımı taahhüt ederim.

Aksinin tespiti halinde herhangi bir hak iddia etmeyeceğim.

Yukarıdaki bilgilerin doğruluğunu beyan ederim.

ADI SOYADI

İMZA

UYGUNDUR

.../.../20..

İlgili Müdür (İmza)

Başhekim (İmza)

