

FORMAT SURAT PERNYATAAN
----------------------------

SURAT PERNYATAAN KECUKUPAN SKP

Yang bertandatangan dibawah ini:

Nama :

Alamat :

Nomor STR :

Menyatakan bahwa:

1. Seluruh data/dokumen kecukupan SKP yang dipergunakan dalam proses pengusulan SIP adalah benar dan dapat kami pertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, baik dalam proses perolehannya maupun hal-hal berkaitan dengan dokumen yang bersangkutan.
2. Apabila kami terbukti melanggar surat pernyataan yang telah kami tandatangi, maka kami bersedia menerima atau dikenakan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan bersedia dilakukan pencabutan SIP serta mempertanggung jawabkan perbuatan kami secara hukum.

Demikian Surat Pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya dan kepada yang berkepentingan untuk menjadi maklum

Nama Kab/Kota, Tanggal Bulan Tahun

Ttd

(materai Rp.10000)

Nama Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan

KOP INSTANSI

---

SURAT KETERANGAN TEMPAT PRAKTIK

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap : .....  
Profesi : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
NIK : .....  
Nomor STR : .....  
Lulusan dari Tahun : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Alamat Rumah : .....  
Nomor HP (WA) : .....  
Periode SIP : .....  
(Sesuai Kecukupan SKP)

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa data saya sebagaimana di atas adalah benar, dan benar berpraktik di .....yang beralamat di .....

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagai persyaratan administrasi perizinan Surat Izin Praktik (SIP) ke 1/2/3\*

Mengetahui  
Kepala Fasyankes

Kebumen, .....  
(Tanda tangan + materai 10.000  
Tenaga Medis/Kesehatan

(nama Lengkap Tenaga  
Medis/Kesehatan)

Keterangan :

\*= pilih salah satu

FORMAT SURAT  
KETERANGAN  
KECUKUPAN SKP

SURAT KETERANGAN KECUKUPAN SKP

Yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : .....  
Jabatan : .....  
Cabang/Perhimpunan-Kolegium : .....  
Alamat Cabang/Perhimpunan-  
Kolegium : .....  
.....

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : .....  
NIK : .....  
Anggota Cabang/Perhimpunan-  
Kolegium : .....  
Alamat Anggota : .....  
.....

Telah dilakukan penelusuran dan evaluasi terkait dengan perolehan Kecukupan Satuan Kredit Profesi (SKP) kepada yang bersangkutan. Adapun SKP tersebut yaitu :

SKP OP : .....SKP  
SKP Kemenkes : .....SKP

Total SKP adalah....., dinyatakan CUKUP memenuhi syarat Pemenuhan SKP untuk pengajuan Surat Ijin Praktik (SIP)

Demikian disampaikan untuk dapat diketahui dan dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kebumen, .....  
Ketua Perhimpunan

.....