**SURAT KETERANGAN BEKERJA/MEMPUNYAI TEMPAT PRAKTIK**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Lengkap | : |  |
| Tempat tanggal lahir | : |  |
| Profesi/Kompetensi | : |  |
| NIK KTP | : |  |

Dengan ini menerangkan bahwa saya mempunyai praktik mandiri di:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Alamat Lengkap  | : |  |
| RT/RW  | :  |  |
| Kelurahan | : |  |
| Kecamatan | : |  |
| Kota | : | Tasikmalaya |

Sebagai informasi saya sampaikan bahwa tempat praktik mandiri tersebut di atas:

1. memiliki Izin Mendirikan Bangunan (IMB)/Persetujuan Bangunan Gedung (PBG) sesuai peruntukannya (tempat usaha/tempat praktik/campuran);
2. memiliki sarana dan prasarana yang memadai (minimal ruang pemeriksaan, ruang tunggu, toilet);
3. memiliki alat kesehatan;
4. memiliki upaya dalam penanganan limbah medis;
5. memiliki tanda lunas Pajak Bumi dan Bangunan tahun terakhir;
6. memiliki dokumen lingkungan (SPPL/UKL-UPL).

Demikian surat keterangan ini saya buat dengan sebenarnya. Apabila dikemudian hari ditemukan bahwa apa yang saya sampaikan tidak benar, maka seluruh keputusan yang telah ditetapkan berdasarkan surat keterangan ini batal berdasarkan hukum dan saya bersedia dikenakan sanksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk keperluan pengurusan Surat Izin Praktik (SIP).

Tasikmalaya, ………………………..

………………………….,

………………………………..

|  |
| --- |
| **FORMULIR PERMOHONAN SURAT IZIN PRAKTIK TENAGA KESEHATAN MANDIRI** |
|  | **KESATU/KEDUA/KETIGA)\*** |
| Kepada |  |
| Yth. Kepala DPMPTSP Kota Tasikmalaya |
| di |  |
| Tasikmalaya |  |
| Yang bertanda tangan di bawah ini: |
| Nama | : ............................................................................................................ |
| Tempat/ Tanggal Lahir | : ............................................................................................................ |
| Alamat Rumah (sesuai KTP) | : ............................................................................................................ |
|  | : ............................................................................................................ |
| Pendidikan terakhir | : ............................................................................................................ |
| Nomor STR | : ............................................................................................................ |
| Nomor Handphone | : ............................................................................................................ |
| Jenis Tenaga Kesehatan | : ............................................................................................................ |
| Mengajukan permohonan baru/perpanjangan/pindah)\* Surat Izin Praktik kesatu/kedua/ketiga)\* pada Fasyankes berikut: |
| Nama Fasyankes | : Praktik Mandiri ................................................................................... |
| Alamat Fasyankes | : ............................................................................................................ |
|  | : Kel/Desa : ................................................................................. |
|  | : Kec : ................................................................................. |
|  | : Kota : Tasikmalaya |
| Jadwal Praktik | : Hari : ............................................................................................. |
|  | : Jam : ............................................................................................. |
| **\* Khusus untuk yang pindah:** |
| Surat keterangan pencabutan SIP dilampirkan |
| **\* Khusus untuk yang perpanjangan:** |
| SIP lama dilampirkan |  |
| Sebagai informasi saya sampaikan bahwa saat ini saya juga telah memiliki Surat Izin Praktik (SIP) di Fasyankes lain sebagai berikut: |
| SIP kesatu/kedua/ketiga)\* |  |
| Nama Fasyankes | : ............................................................................................................ |
| Alamat Fasyankes | : ............................................................................................................ |
|  | : Kel/Desa : ................................................................................. |
|  | : Kec : ................................................................................. |
|  | : Kota/Kab :................................................................................. |
| Jadwal Praktik | : Hari : ............................................................................................. |
|  | : Jam : ............................................................................................. |
| SIP kesatu/kedua/ketiga)\* |  |
| Nama Fasyankes | : ............................................................................................................ |
| Alamat Fasyankes | : ............................................................................................................ |
|  | : Kel/Desa : ................................................................................. |
|  | : Kec : ................................................................................. |
|  | : Kota/Kab :................................................................................. |
| Jadwal Praktik | : Hari : ............................................................................................. |
|  | : Jam : ............................................................................................. |

|  |
| --- |
| **Catatan: Untuk ASN/TNI-POLRI jadwal praktik di Fasyankes swasta harus di luar jam kerja sebagai****ASN/TNI-POLRI** |
| Sesuai UU No.17 tahun 2023 tentang Kesehatan sebagai persyaratan permohonan SIP saya lampirkan: |
| 1 | Surat keterangan bekerja/surat keterangan mempunyai tempat praktik |
| 2 | Surat Tanda Registrasi |
| Sebagai tambahan untuk kepentingan pengisian data di Surat Izin Praktik saya lampirkan : |
| 1 | Pas foto berwarna ukuran 4 x 6 |
| Sehubungan dengan permohonan ini dengan sungguh-sungguh saya menyatakan bahwa: |
| 1 | Seluruh data dan informasi beserta seluruh dokumen yang saya lampirkan dalam permohonan iniadalah asli dan benar; |
| 2 | Saya dalam kondisi sehat fisik dan mental serta mampu menjalankan praktik tenaga kesehatan; |
| 3 | Akan melaksanakan praktik tenaga kesehatan sesuai dengan Undang-Undang dan peraturan perundangan lain yang berlaku serta anjuran dari Tim Teknis Perizinan . |
| Demikian permohonan ini saya buat dengan sebenarnya. Apabila dikemudian hari ditemukan bahwa saya melanggar pernyataan saya tersebut dan/atau data/dokumen yang saya sampaikan tidak benar dan/atau ada pemalsuan, maka seluruh keputusan yang telah ditetapkan berdasarkan berkas tersebut batal berdasarkan hukum dan saya bersedia dikenakan sanksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. |
|  | Tasikmalaya, ............................. 20….. |
|  | Hormat Saya,Meterai 10.000 |
|  | ................................................. |
| **Keterangan:** |
| **)\*** | **coret yang tidak perlu** |
|  | **Formulir diisi lengkap, jika tidak lengkap akan dikembalikan** |