|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULIR PERMOHONAN SURAT IZIN PRAKTIK TENAGA KESEHATAN DI FASYANKES** | |
|  | **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 | :………………………….............................................................................. |
| Alamat Fasyankes | : ............................................................................................................ |
|  | : Kel/Desa : ................................................................................. |
|  | : Kec : ................................................................................. |
|  | : Kota : Tasikmalaya |
| Jadwal Praktik | : Hari : ............................................................................................. |
|  | : Jam : ............................................................................................. |
|  |  |
| 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 : ............................................................................................. |
| Sesuai UU No.17 tahun 2023 tentang Kesehatan sebagai persyaratan permohonan SIP saya lampirkan: | | |
| 1 | Surat keterangan bekerja dari fasilitas pelayanan kesehatan; | |
| 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 ini  adalah 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. | |
| 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,  Materai Rp. 10.000 |
|  |  | ................................................. |
| **Keterangan :**   |  |  | | --- | --- | | **1.** | **)\* Coret yang tidak perlu;** | | **2.** | **Formulir Harap diisi dengan lengkap, apabila tidak diisi dengan lengkap, akan dikembalikan;** | | **3.** | **Untuk jadwal praktik jika sistemnya shift bisa ditulis "sesuai shift";** | | **4.** | **Khusus untuk pengajuan pindah agar melampirkan Surat Keterangan Pencabutan SIP;** | | **5.** | **Khusus untuk pengajuan perpanjangan agar melampirkan SIP lama;** | | **6.** | **Untuk ASN/TNI-POLRI jadwal praktik di Fasyankes swasta harus di luar jam kerja sebagai ASN/TNI-POLRI.** | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | KOP FASYANKES |  |

**SURAT KETERANGAN BEKERJA**

NOMOR :…………………………..

Yang bertanda tangan di bawah ini :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama | : | ………………………………………………………………. |
| Jabatan | : | ………………………………………………………………. |
| Nama Fasyankes | : | ………………………………………………………………. |
| Nomor Surat Izin Operasional | : | ………………………………………………………………. |
|  |  | berlaku s.d. ……………………………………………….. |

Menerangkan bahwa :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama | : | ………………………………………………………………………. |
| Tempat tanggal lahir | : | ………………………………………………………………………. |
| Jenis tenaga/Jabatan | : | ………………………………………………………………………. |
| NIK KTP | : | ………………………………………………………………………. |

Adalah benar yang bersangkutan merupakan pegawai kami yang telah melewati seleksi dan telah kami verifikasi keabsahan dokumen-dokumennya meliputi :

1. Kartu Tanda Penduduk (KTP)
2. Ijazah
3. Surat Tanda Registrasi (STR)
4. Surat Keterangan Sehat

Sehingga dengan ini kami rekomendasikan yang bersangkutan untuk memperoleh Surat Izin Praktik (SIP).

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

Tasikmalaya, ………………………..

………………………….,

………………………………..