| **FORMULIR PERMOHONAN SURAT IZIN PRAKTIK TENAGA MEDIS DAN TENAGA KESEHATAN MANDIRI** |
| --- |
|  | **KESATU/KEDUA/KETIGA)\*** **BARU/PINDAH** |
| Kepada |  |
| Yth. Kepala DPMPTSP Kota Tasikmalaya |
| di |  |
| Tasikmalaya |  |
| Yang bertanda tangan di bawah ini: |
| Nama | : ............................................................................................................ |
| Tempat/ Tanggal Lahir | : ............................................................................................................ |
| NIK KTP | : ............................................................................................................ |
| Alamat Rumah Lengkap | : ............................................................................................................ |
| (sesuai KTP) | : RT/RW :................................................................................. |
|  | : Kel/Desa :................................................................................. |
|  | : Kec :................................................................................. |
|  | : Kota/Kab :................................................................................. |
| Pendidikan terakhir | : ............................................................................................................ |
| Nomor STR | : ............................................................................................................ |
| Nomor Handphone | : ............................................................................................................ |
| Kompetensi/Profesi | : ............................................................................................................ |
|  Pernah memiliki SIP | : ya/tidak)\* |
| Mengajukan permohonan baru/pindah)\* Surat Izin Praktik kesatu/kedua/ketiga)\* pada Fasyankes berikut: |
| Nama Fasyankes | : ............................................................................................................ |
| Alamat Fasyankes | : ............................................................................................................ |
|  | : Kel/Desa : ................................................................................. |
|  | : Kec : ................................................................................. |
|  | : Kota : Tasikmalaya |
| Jadwal Praktik | : Hari : ............................................................................................. |
|  | : Jam : ............................................................................................. |
| Di tempat tersebut sebelumnya sudah pernah ada/belum pernah ada)\* pengajuan SIP Dokter/Dokter Gigi atas nama ………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| **\* Khusus untuk yang pindah:** |
| SIP yang di Fasyankes ........................................................................................................... beralamat di ....................................................................................................................................................................Sudah dicabut dan dikembalikan ke Dinas Kesehatan/DPMPTSP. |
| 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 dari fasilitas pelayanan kesehatan |
| 23 | Surat Tanda Registrasi SIP ke-1 dan/atau SIP ke-2 (untuk permohonan SIP ke-2 dan/atau SIP ke-3) |
| Sebagai tambahan untuk kepentingan pengisian data di Surat Izin Praktik saya lampirkan : |
| 1 | KTP |  |
| 2 | 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; |
| 3 | Akan melaksanakan praktik 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, |
|  |  |  | meterai 10.000 |
|  |  |  | ................................................. |
| **Keterangan:** |
| **)\*** | **coret yang tidak perlu** |  |
|  | **Formulir diisi lengkap, jika tidak lengkap akan dikembalikan** |

**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 peralatan dan perlengkapan sesuai standar;
4. memiliki upaya dalam penanganan limbah medis (melakukan kerjasama dan memiliki MoU dengan pengelola limbah medis yang berizin);
5. memiliki tanda lunas Pajak Bumi dan Bangunan tahun terakhir;
6. memiliki dokumen lingkungan/Surat Pernyataan Kesanggupan Pengelolaan dan Pemantauan Lingkungan Hidup (SPPL).

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, ……………………….. Meterai 10.000……………………………………….. |
| --- | --- |