|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | Kepada : |
| Perihal  | : | Permohonan rekomendasi  |  | Yth. Kepala Dinas Kesehatan |
|  |  | Izin Tenaga Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan |  |  Kota Blitar  |
|  |  |  |  |  Di  |
|  |  |  |  | **B L I T A R** |

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama lengkap dan gelar  | : | ................................................................................................ |
| Tempat/ tanggal lahir | : | ................................................................................................ |
| Alamat sesuai KTP | : | ................................................................................................ |
| Jenis kelamin | : | ................................................................................................ |
| Jenis profesi | : | ................................................................................................ |
| No. STR  | : | ................................................................................................ |
| No. HP/Tlp | : | ........................................................./...................................... |
| Tempat praktik ke  | : | **...........................................................................( wajib diisi )** |
| Nama Fasyankes | : | ................................................................................................ |
| Alamat | : | ................................................................................................ |

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan rekomendasi untuk melengkapi persyaratan mengajukan SIP.................................................... \*) ke Dinas Penanaman Modal, Tenaga Kerja dan PTSP Kota Blitar

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. KTP
2. Surat Tanda Registrasi ( STR )
3. Surat keterangan tempat praktik ( Surat keterangan dari pimpinan fasyankes dan atau surat keterangan memiliki tempat praktik mandiri untuk yang mandiri )
4. Bukti kecukupan Satuan Kredit Profesi ( SKP )
5. Surat pernyataan kecukupan SKP bermaterai Rp. 10.000
6. SIP pertama apabila mengajukan SIP kedua dan atau SIP kedua jika mengajukan SIP ketiga
7. Pas Foto berwarna terbaru ukuran 4x6 cm format jpg atau jpeg
8. Form permohonan bermaterai Rp. 10.000
9. Ijazah terakhir
10. Bukti pemenuhan kompetensi ( bagi nakes yang memiliki STR namun tidak pernah praktik lebih dari 5 ( lima ) tahun terhitung sejak sebelum Undang – Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan diundangkan

Demikian atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

|  |
| --- |
| Blitar , .............................Materai Rp. 10.000,- |
|  Pemohon |
|  |
|  |
| ............................................ |
| ( nama terang )**\*). Diisi sesuai dengan jenis profesi**  **kesehatan** |

Form 1

SURAT PERNYATAAN

 MEMILIKI TEMPAT PRAKTIK MANDIRI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama lengkap dan gelar | : | .............................................................................................................. |
| Tempat, tanggal lahir | : | .............................................................................................................. |
| Alamat rumah  | : | .............................................................................................................. |
| No. Telp/ HP | : | .............................................................................................................. |
| Email | : | .............................................................................................................. |
| Nomor STR  | : | .............................................................................................................. |
| Masa berlaku STR sampai | :  | .............................................................................................................. |

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya memiliki tempat praktik mandiri *……………………….( diisi sesuai profesi )*  pada :

Nama tempat praktik : ………………………………………………………………

Alamat lengkap : ………………………………………………………………

 ………………………………………………………………

Hari dan jam praktik : Hari praktik : ……………………………………………….

 Jam praktik : …………………………..…………………

Demikian surat permyataan praktik mandiri ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

|  |
| --- |
| Blitar, ……………………. |
| **MATERAI****RP. 10.000** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |

KOP FASYANKES

**SURAT KETERANGAN**

**PIMPINAN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN**

Nomor : ……………………………………

Yang bertanda tangan di bawah ini Direktur/Kepala/Pimpinan \*) RS/Puskesmas/Klinik/Laboratorium \*) …. ………………… dengan ini menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

 Nama Nakes : ……………..

 NIP ( jika ada ) : ……………..

 Pangkat Gol : ………………

 Jabatan : ……………..

 Alamat rumah : …………….

Yang bersangkutan melaksanakan praktik/bekerja di ……………………………(nama fasyankes ), terhitung mulai …………….. sampai sekarang dan masih dalam jabatan tersebut.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan pengajuan baru/perpanjangan izin praktik.

|  |
| --- |
| Blitar, ………………………… |
| Pimpinan Fasyankes |
|  |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |