

Format I

Perihal: **Permohonan Rekomendasi
Surat Izin Praktik (SIP)...**
Ke ...

Kepada Yth.
**Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Tegal**
di
S l a w i

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan di bawah ini,
Nama Lengkap :
Alamat :
Tempat, Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Tahun Lulusan :
Nomor STR :
Nomor Rekomendasi OP :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Rekomendasi SIP untuk tempat praktik yang ke dengan alamat di.....,Kode Pos :..... Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

1. Scan ijazah asli;
2. Scan STR asli, STR Salinan untuk Dokter;
3. Scan asli surat pernyataan mempunyai tempat praktik, atau surat keterangan dari fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya;
4. Scan asli surat persetujuan dari atasan langsung bagi dokter dan dokter gigi yang bekerja pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan lain secara purna waktu;
5. Scan asli surat rekomendasi dari organisasi profesi , sesuai tempat praktik;
6. Scan asli Sertifikat Laik Sehat;
7. Scan Kartu NPWP;
8. Scan KTP;
9. Scan Pas foto baru dan berwarna dengan ukuran 4x6 cm
10. Scan Bukti vaksinasi covid 19
11. Scan Kartu KIS

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

.....
Pemohon,

Materai 10.000

.....

Format II

**SURAT PERNYATAAN MEMPUNYAI TEMPAT PRAKTIK
(DOKTER)**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :
Alamat :
Tempat, Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Tahun Lulusan :
Nomor STR :

Dengan ini menyatakan bahwa sesuai dengan ketentuan Permenkes No:2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, saya telah mempunyai tempat praktik sebanyak tempat, yaitu :

- 1.
- 2.
- 3.

Demikian Surat Pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan, saya bersedia mempertanggungjawabkannya.

.....

Hormat saya,

Materai 10.000

.....