

PERMOHONAN SURAT IZIN
PRAKTEK AHLI TEKNOLOGI LABORATORIUM MEDIK

Ke p a d a :
Yth. Bupati Trenggalek
Melalui Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Di -
TRENGGALEK

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Alamat :

Tempat / tanggal lahir :

Jenis Kelamin :

Tahun Lulusan :

Nomor STR-ATLM :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik (SIP-ATLM) pada.....

(nama fasilitas pelayanan kesehatan dan alamat)

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini lampirkan :

1. Foto copy KTP
2. Foto copy ijasah yang dilegalisir
3. Foto copy STR-ATLM
4. Surat Keterangan Sehat dari dokter yang memiliki SIP
5. Surat Keterangan bekerjadari Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang bersangkutan
6. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 X 6 : 3 lembar berlatar belakang merah
7. Rekomendasi dari kepala Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana
8. Rekomendasi dari organisasi profesi
9. SIP-ATLM pertama (untuk permohonan SIP-ATLM yang kedua)
10. Surat pernyataan kebenaran dokumen.

Demikian atas perhatian Bapak / Ibu kami sampaikan terimakasih.

Trenggalek,

Yang Memohon

Materai Rp. 6.000,-

SURAT PERNYATAAN KEBENARAN DOKUMEN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Tempat/Tgl. Lahir :
Pekerjaan :
Alamat Rumah :
Alamat Kantor :
Nomor Telepon : Rumah/HP : Kantor :
Lokasi Usaha :

Dengan ini kami menyatakan bahwa :

1. Data kelengkapan perizinan yang diserahkan adalah benar.
2. Kami akan senantiasa patuh pada peraturan yang ada

Bilamana dikemudian hari terbukti bahwa pernyataan kami tidak benar, maka kami siap menerima sanksi sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Demikian Surat Pernyataan ini kami buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

.....
.....,

Yang membuat pernyataan

Materai 6000

ttd

.....