

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik Tenaga Vokasi Farmasi (SIP-TVF)
Kesatu/Kedua/Ketiga*)

Kepada :
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kabupaten Belu
di -
Atambua

Dengan Hormat,
Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama Lengkap	:
Tempat / Tanggal Lahir	:
Alamat Rumah	:
Telepon	:
Nomor Hp	:
E-mail	:
No. STR	:
Masa berlaku STR sampai	:(tanggal/bulan/tahun)
Pendidikan Terakhir	:

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Tenaga Vokasi farmasi (SIP-TVF) Kesatu/Kedua/Ketiga*), pada :

Nama Tempat Praktik	:
Alamat	:
Waktu Praktik**)	
Hari	:

Jam :s.d.....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :
a. STR-TVF yang masih berlaku;
b. Surat keterangan bekerja dari Apoteker atau pimpinan tempat pemohon melaksanakan pekerjaan kefarmasian;
Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih

Atambua,
.....

Pemohon

(.....)

Tembusan :
Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Belu

* : di isi sesuai dengan permohonan
** : Jika praktik dilaksanakan pada setiaphari pada waktu yang sama, cukup disebutkan setiap hari dan disebutkan waktunya dari jam berapa sampai dengan jam berapa. Jika praktik dilaksanakan tidak setiap hari, sebutkan hari praktik dan waktu praktik

SURAT KETERANGAN APOTEKER/PIMPINAN TEMPAT PRAKTIK
KEFARMASIAN*)

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama Lengkap :
Tempat, Tanggal Lahir :
Jabatan :
Alamat Rumah :
:
Telepon/Nomor HP :
E-mail :

Dengan ini menyatakan bahwa:

Nama Lengkap :
Tempat, Tanggal Lahir :
Alamat Rumah :
:
Telepon/Nomor HP :
E-mail :
No. STR :
Masa berlaku STR sampai :

Memiliki tempat praktik profesi Tenaga Vokasi Farmasi pada :

Nama Fasilitas Kefarmasian :
Alamat :
:

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIP-TVF.

Atambua,.....

(.....)

*) coret yg tidak perlu

SURAT PERSETUJUAN PIMPINAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :
Jabatan :
Nama Instansi/Fasilitas :
Alamat Instansi/Fasilitas :
Telepon/Nomor HP :

Dengan ini memberikan persetujuan kepada :

Nama Lengkap :
Tempat, Tanggal Lahir :
Alamat Rumah :
Telepon/Nomor HP :
E-mail :
No. STR :
Masa berlaku STR sampai :(tanggal/bulan/tahun)

Untuk bekerja sebagai Tenaga Vokasi Farmasi pada :

Nama Fasilitas Kefarmasian :
Alamat :

Demikian Surat Persetujuan ini dibuat dengan sebenar-benarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIP-TVF

Atambua,.....

(.....)

SURAT PERNYATAAN KECUKUPAN SKP

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Tempat Tanggal Lahir :
No. STR :
NIK :
Pekerjaan :
Alamat sesuai KTP : RT..... RW.....
Kelurahan/Desa Kecamatan
Kabupaten/Kota Provinsi
Tempat Praktik/Kerja : RT..... RW.....
Kelurahan/Desa Kecamatan
Kabupaten/Kota Belu, Provinsi Nusa Tenggara Timur

Menyatakan bahwa

- 1. Seluruh data/dokumen kecukupan SKP yang dipergunakan dalam proses pengusulan SIP adalah benar dan dapat kami pertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, baik dalam proses perolehannya maupun hal-hal berkaitan dengan dokumen yang bersangkutan.
- 2. Apabila kami terbukti melanggar surat pernyataan yang telah kami tanda tangani, maka kami bersedia menerima atau dikenakan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan bersedia dilakukan pencabutan SIP serta mempertanggungjawabkan perbuatan kami secara hukum.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya dan kepada yang berkepentingan untuk menjadi maklum.

Atambua,.....

Pemohon

Materai 10.000

.....

SURAT PERNYATAAN KEBENARAN DOKUMEN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Tempat Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
NIK :
Pekerjaan :
Alamat sesuai KTP : RT..... RW.....
Kelurahan/Desa Kecamatan
Kabupaten/Kota Provinsi
Tempat Praktik/Kerja : RT..... RW.....
Kelurahan/Desa Kecamatan
Kabupaten/Kota Provinsi

Bertindak untuk dan atas nama diri sendiri dalam rangka mengajukan Izin Praktik Tenaga Vokasi Farmasi dengan ini saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya bertanggungjawab terhadap keabsahan dokumen/berkas yang diserahkan. Apabila dikemudian hari ditemukan bahwa dokumen/berkas yang telah saya sampaikan tidak benar dan/atau ada pemalsuan/penipuan, maka saya bersedia dikenakan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya tanpa ada unsur paksaan dari pihak manapun dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Atambua,.....

Pemohon

Materai 10.000

.....

A. PERSYARATAN IZIN PRAKTIK TENAGA VOKASI FARMASI

1. Scan asli formulir permohonan yang ditujukan kepada Kepala DPMPTSP Kabupaten Belu yang sudah diisi dan ditandatangani;
2. Scan asli STR yang masih berlaku;
3. Scan asli surat keterangan tempat praktik.
4. Scan asli Bukti pemenuhan kecukupan SKP (dalam hal pengajuan permohonan perpanjangan SIP dengan STR yang masih berlaku atau STR seumur hidup selain yang diperoleh berdasarkan pemenuhan kecukupan SKP atau sertifikat kompetensi);
5. Scan asli Ijazah Pemohon;
6. Scan asli KTP pemohon;
7. Scan asli Surat Keterangan sehat dari dokter yang memiliki surat izin praktik;
8. Pas foto berwarna latar belakang merah;
9. Scan asli Surat Pernyataan pemohon izin tentang kesanggupan memenuhi ketentuan peraturan perundang-undangan dan kebenaran dan keabsahan data/dokumen;

B. Sistem, mekanisme, dan prosedur :

1. Pemohon mendaftar di sistem sicantik.go.id untuk mendapatkan akun atau dapat dibantu oleh Aparatur Sipil Negara (ASN) di Front Office (FO) untuk pembuatan akun;
2. Pemohon masuk dengan memakai akun dari pemohon, mengupload persyaratan yang sudah discan asli atau dapat dibantu oleh ASN di FO mengupload persyaratan yang sudah discan asli;
3. ASN FO menerima dan memeriksa berkas, apabila belum lengkap dan benar, dikembalikan untuk dilengkapi dan/atau diperbaiki oleh pemohon, apabila sudah lengkap dan benar, dilanjutkan dengan proses entry data;
4. ASN Back Office (BO) menerima, memeriksa dan melakukan verifikasi dokumen, jika belum sesuai dikembalikan ke ASN FO untuk dilengkapi dan diperbaiki oleh pemohon jika sudah sesuai dilanjutkan dengan penetapan Izin;
5. ASN BO menerbitkan dokumen izin untuk diperiksa, apabila sudah benar dilanjutkan dengan penandatanganan oleh Kepala Dinas;
6. Kepala Dinas melakukan penandatanganan dilanjutkan;
7. ASN FO melakukan proses penyerahan.

Apabila mengalami kendala dapat menghubungi Call Center kami di 0813 3746 8173 atau melalui email foprijinan@gmail.com

C. Jangka waktu penyelesaian :

Jangka waktu penyelesaian Perizinan Non Perizinan Berusaha adalah paling lama 5 (lima) hari kerja setelah berkas persyaratan dinyatakan lengkap jika tanpa gangguan jaringan.

D. Biaya/tarif : Tidak ada

E. Produk pelayanan : Surat Izin Praktik Tenaga Vokasi Farmasi (SIP-TVF);

F. Penanganan pengaduan, saran, dan masukan :

1. Menggunakan Formulir;
2. Melalui kotak pengaduan;
3. Melalui Email dpmpstppengaduan@gmail.com; dan/atau SMS/WA dan/atau telepon di nomor 082146365595;
4. Dibentuk Tim/petugas khusus penanganan pengaduan, saran, dan masukan.

