Surat Pernyataan Tidak Akan Mengundurkan Diri Jika Dinyatakan Lulus
Pada Program Studi Profesi Apoteker (PSPA)
Fakultas Ilmu Kesehatan (FIKES)
UIN Syarif Hidayatullah Jakarta

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap : .....
Tempat, Tanggal lahir : .....
Alamat (Sesuai KTP) : .....
No. Handphone : ……..
Alamat email : ……..

Dengan ini menyatakan bahwa saya tidak akan mengundurkan diri jika dinyatakan lulus pada Program Studi Profesi Apoteker (PSPA) Fakultas Ilmu Kesehatan (FIKES) UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.

Pernyataan ini saya buat dalam keadaan sehat jasmani dan rohani serta dalam keadaan sadar tanpa paksaan dari siapapun. Apabila dikemudian hari surat pernyataan ini tidak benar atau keterangan yang saya berikan palsu, maka saya bersedia dituntut sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku dari Program Studi Profesi Apoteker Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.

Demikianlah surat pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

....., ...

Yang membuat pernyataan,

Materai 10000

(Nama Lengkap)