

2 Rangkap : Masuk Snalheter Plastik Warna Hijau

Perihal : Permohonan Izin Praktik Akupasi Terapis

.....,

Yang terhormat,
Kepala DPMPTSP Kab. Semarang
di
Ungaran

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :

No. KTP :

Alamat :

Nama Faskes :

Alamat Faskes :

Jadwal Praktik :

Telepon

Dengan ini mengajukan Permohonan Izin Praktik Akupasi Terapis, sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan:

1. Surat Permohonan izin SIK-OT (hari dan jam Praktek)
2. Fotokopi ijazah terakhir yang sudah dilegalisir
3. fotokopi STR yang sudah dilegalisir
4. Surat keterangansehat dari dokter yang memiliki SIP
5. Surat Keterangan dari pimpinan fasilitas Kesehatan bahwa ybs benar-benar bekerja di faskes tersebut
6. Fotokopi KTP
7. Surat Keterangan Domisili jika ber-KTP diluar Kabupaten Semarang
8. Pas foto ukuran 4x6 sebanyak 3 lembar
9. Fotokopi SIKR pertama jika mengajukan SIP kedua/ketiga
10. Surat Keterangan tidak keberatan dari pimpinan fasyankes pertama apabila mengajukan SIP kedua/ketiga
11. Surat Keterangan sudah terdaftar pada SISDMK (Print out dari aplikasi SISDMK)

Kemudian untuk menjadikan periksa atas terkabulnya permohonan ini kami ucapkan terimakasih.

Hormat kami,

-
- *Untuk pengajuan SIP / SIK ditempat bekerja baru, wajib mencabut SIP / SIK lama terlebih dulu bila sudah tidak aktif bekerja difaskes lama. Sekaligus konfirmasi ke faskes lama untuk meng-off-kan dari aplikasi SiSDMK*
 - *Bagi pengajuan SIP / SIK kedua wajib melampirkan SIP / SIK pertama dan surat keterangan dari faskes pertama yang menyatakan mengijinkan dan tidak mengganggu pelayanan di faskes pertama.*
 - *Bagi SIP / SIK kedua melampirkan surat keterangan SiSDMK dari faskes kedua.*