

**SURAT PERNYATAAN SUDAH/ BELUM PERNAH
MENGIKUTI SELEKSI PENDIDIKAN DOKTER SUBSPELIALIS (Sp-2)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : _____

Tempat/ Tgl Lahir : _____

NIP/ NRPTT : _____

Pangkat/ Gol. : _____

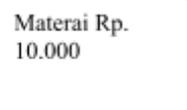
Alamat : _____

dengan ini menyatakan sudah/ belum pernah mengikuti seleksi Pendidikan Dokter Subspesialis (Sp-2)

No	Waktu Ujian	Program Studi Pilihan	Hasil (Lulus/ tidak lulus)
1.	Contoh: Agustus 2022	Ilmu Penyakit Dalam peminatan endokrinologi FK USU	Tidak Lulus
2.			
3.			
4.			

Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan saya bersedia menerima segala tindakan yang diambil oleh Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara apabila dikemudian hari terbukti bahwa pernyataan yang saya buat dan tanda tangani ini tidak benar.

Medan,
Yang membuat pernyataan,



(-----)