Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
Jalan Hang Jebat III Blok F3, Kebayoran Baru
Jakarta Selatan 12120, Kotak Pos No. 6015/JKS/GN
(021) 7245517
https://ditjen-nakes.kemkes.go.id

SURAT PERNYATAAN BERANGKAT TIDAK SESUAI DOMISILI KK

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : …….....

PIDI/PIDGI Angkatan : …….....

Jabatan : Peserta PIDI/PIDGI (coret salah satu)

Provinsi : ……

Wahana : RS ..... / Puskesmas .....

Alamat sesuai KK : …….....

.....

.....

Alamat Domisili : …….....

.....

.....

Menyatakan bahwa saya sebagai Peserta Program Internsip Dokter/Dokter Gigi Indonesia (PIDI/PIDGI) Angkatan ..... Periode ..... Tahun ..... di RS……../ Puskesmas…..……..melakukan perjalanan dinas Pemberangkatan ke Kab/Kota……..tidak sesuai dengan Kartu Keluarga yang seharusnya dikarenakan .....

Apabila di kemudian hari terdapat kesalahan dan/atau kelebihan atas pembayaran perjalanan dinas Pemberangkatan Peserta PIDI/PIDGI tersebut, sebagian atau seluruhnya, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia mengembalikan atas kesalahan dan/atau kelebihan pembayaran tersebut ke Kas Negara.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

....., (tanggal) (bulan) (tahun)

Materai 10.000

(.....nama peserta.....)