Surat Pernyataan Kesediaan Mengikuti Aturan Akademik
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 : ……..

Dengan ini menyatakan bahwa saya memahami dan akan mengikuti peraturan akademik sebagai berikut:

1. Lama studi perkuliahan pada Program Studi Profesi Appoteker (PSPA) UIN Syarif Hidayatullah Jakarta adalah maksimal selama 3 tahun (6 semester).
2. Kelulusan pada program studi untuk mendapatkan gelar profesi apoteker ditentukan oleh :
    a. Hasil kelulusan dari proses akademik yang dilaksanakan oleh program studi yang meliputi perkuliahan teori, praktek kerja profesi apoteker dan ujian komprehensif
    b. Hasil kelulusan dari Ujian Kompetensi Apoteker Indonesia (UKOM Nasional) yang diselenggarakan secara nasional.
3. Mengikuti semua kebijakan PSPA UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.

Pernyataan ini saya buat dalam keadaan sehat jasmani dan rohani serta dalam keadaan sadar tanpa paksaan dari siapapun. Jika saya tidak dapat mengikuti peraturan akademik tersebut maka saya bersedia mengundurkan diri.

Demikianlah surat pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

....., Oktober 2023

Yang membuat pernyataan,

Materai 10000

(Nama Lengkap)