



YAYASAN PELITA MAS PALU
SEKOLAH TINGGI ILMU FARMASI
PELITA MAS PALU

Alamat Kampus : Jl. Wolter Monginsidi No. 106 A Telp/Fax. (0451) 458681 Palu - Sulawesi Tengah
Website : www.stifapelitamas.ac.id

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Tempat, Tanggal Lahir :

NIK :

No. Telepon/HP :

Alamat :

No. BPJS Kesehatan :

Dengan ini menyatakan bahwa saya:

1. Akan mengikuti seluruh aturan akademik yang berlaku di Program Studi Pendidikan Profesi Apoteker (PSPPA) STIFA Pelita Mas Palu.
2. Bersedia untuk ditempatkan PKPA (Praktek Kerja Profesi Apoteker) di lokasi mana pun yang ditentukan oleh pihak PSPPA STIFA Pelita Mas Palu.
3. Tidak sedang bekerja/tugas belajar baik di instansi pemerintah (PNS) maupun swasta (bukan dalam status izin belajar).
4. Bersedia untuk menunda kehamilan selama menjalani pendidikan di PSPPA STIFA Pelita Mas Palu, demi kelancaran proses akademik dan praktik profesi.
5. Menjamin bahwa seluruh dokumen yang saya lampirkan adalah asli dan dapat dipertanggungjawabkan keabsahannya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan tanpa adanya paksaan dari pihak manapun. Apabila di kemudian hari terdapat hal yang tidak sesuai dengan pernyataan ini, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Mengetahui,
Wali

Palu, 06 Desember 2025
Yang Membuat Pernyataan,

(Meterai dan Tanda Tangan)

(Hi. As'ad, S.Sos)

(Ridha Nurjannah)