SURAT PERNYATAAN ORANG TUA/WALI MAHASISWA
UNIVERSITAS 17 AGUSTUS 1945 SURABAYA

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

No HP aktif :

Alamat :

Merupakan orang tua/wali dari mahasiswa/i:

Nama :

NIM/NPM/NBI :

Jenis kelamin :

No HP aktif :

Program Studi :

Semester :

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa:

1. **MENGIZINKAN / TIDAK MENGIZINKAN** (coret salah satu) mahasiswa/i tersebut diatas untuk mengikuti kegiatan tatap muka di Universitas 17 Agustus 1945 Surabaya.
2. Bersedia mematuhi peraturan dan standar protokol kesehatan yang telah ditetapkan di Universitas 17 Agustus 1945 Surabaya.
3. Tidak berkeberatan menerima sanksi jika tidak mengikuti standar protokol kesehatan yang telah ditetapkan di Universitas 17 Agustus 1945 Surabaya.

……,……...

Yang membuat pernyataan,

(Nama orang tua/wali mahasiswa/i)