		Kepada:
Perihal	: Permohonan Surat Izin	Kepala Dinas Penanaman Modal
	Praktik Dokter Gigi	dan Pelayanan Terpadu Satu
	Spesialis (SIPDGSp)	Pintu Kabupaten Belu
	Kesatu	Di –
		Atambua

Dengan hormat,	
Yang bertanda tangan di	bawah ini :
Nama Lengkap :	
Alamat Rumah :	
Tempat/Tanggal Lahir:	
Jenis Kelamin :	
Tahun Lulusan :	
Nomor STRDG :	
Dokter Gigi Spesialis (SIF	permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik PDGSp) untuk tempat praktik yang kesatudengan alamat
(sebutkan nama Fasilitas lengkap) Sebagai bahan pertimban	Pelayanan Kesehatan atau tempat praktik dan alamat gan Bersama ini dilampirkan : esialis yang masih berlaku;
Demikian atas perhatian .	Bapak/Ibu kami ucapkan terimakasih.
	Atambua,Pemohon,
	()

^{*)}coret yang tidak perlu

			Kepada:
Perihal	: I	Permohonan Surat Izin	Kepala Dinas Penanaman Modal
	I	Praktik Dokter Gigi	dan Pelayanan Terpadu Satu
		Spesialis (SIPDGSp)	Pintu Kabupaten Belu
	I	Kedua	Di –
			Atambua

Dengan hormat,	
Yang bertanda tan	gan di bawah ini :
Nama Lengkap	:
Alamat Rumah	:
Tempat/Tanggal L	ahir:
Jenis Kelamin	:
Tahun Lulusan	:
Nomor STRDG	·
	gajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik alis (SIPDGSp) untuk tempat praktik yang kedua dengan alamat
	Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau tempat praktik dan alamat
Sebagai bahan per	rtimbangan Bersama ini dilampirkan :
c. STR Dokter	Gigi Spesialis yang masih berlaku;
	angan tempat praktik;
Demikian atas per	hatian Bapak/Ibu kami ucapkan terimakasih.
	Atambua,
	Pemohon,
	()

^{*)}coret yang tidak perlu

		Kepada :
Perihal	: Permohonan Surat Izir	Kepala Dinas Penanaman Modal
	Praktik Dokter Gigi	dan Pelayanan Terpadu Satu
	Spesialis (SIPDGSp)	Pintu Kabupaten Belu
	Ketiga	Di –
		Atambua

^{*)}coret yang tidak perlu

KOP RESMI TEMPAT KERJA

CONTOH SURAT KETERANGAN TEMPAT PRAKTIK

Yang bertandatangan di bawa	h ini :	
Nama Lengkap	·	
Jabatan	·	
Nama Fasilitas Kesehatan	:	
Alamat Fasilitas Kesehatan	:	
Telepon/ Nomor HP	·	
E-mail	:	
Dengan ini menerangkan bah	wa:	
Nama Lengkap :		
Tempat, Tanggal Lahir :		
Alamat Rumah :		
Telepon/ Nomor HP :		
E-mail :		
No. STRDGSp :		
Masa berlaku STRDGSp:		
Benar-benar bekerja sebagai	Dokter Gigi Spesialis	
di fasilitas yang saya pimpin.		
Demikian Surat Keterangan	ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan	
persyaratan permohonan SIPDGSp		
	Atambua,	
	Tandatangan dan cap	

SURAT PERNYATAAN KECUKUPAN SKP

Yang bertanda tangan d	li bawah ini :
Nama Tempat Tanggal Lahir No. STR NIK Pekerjaan Alamat sesuai KTP Tempat Praktik/Kerja	:
Menyatakan bahwa	
pengusulan SIP ad dengan ketentuan hal-hal berkaitan d 2. Apabila kami terbu tangani, maka ka dengan ketentuan	amen kecukupan SKP yang dipergunakan dalam proses alah benar dan dapat kami pertanggungjawabkan sesuai yang berlaku, baik dalam proses perolehannya maupun engan dokumen yang bersangkutan. akti melanggar surat pernyataan yang telah kami tanda mi bersedia menerima atau dikenakan sanksi sesuai peraturan perundang-undangan dan bersedia dilakukan erta mempertanggungjawabkan perbuatan kami secara
	aan ini kami buat dengan sebenar-benarnya untuk dapat nana mestinya dan kepada yang berkepentingan untuk
	Atambua,
	Pemohon
	Materai 10.000

SURAT PERNYATAAN KEBENARAN DOKUMEN

Yang bertanda tangan di	bawah ini :
Tempat Tanggal Lahir Jenis Kelamin NIK Pekerjaan Alamat sesuai KTP	RTRW
Praktik Dokter Gigi sesungguhnya bahwa dokumen/berkas yang dokumen/berkas yang pemalsuan/penipuan, m	sas nama diri sendiri dalam rangka mengajukan Izin Spesialis dengan ini saya menyatakan dengan saya bertanggungjawab terhadap keabsahan iserahkan. Apabila dikemudian hari ditemukan bahwa telah saya sampaikan tidak benar dan/atau ada aka saya bersedia dikenakan sanksi sesuai dengan andang-undangan yang berlaku.
	aan ini saya buat dengan sebenar-benarnya tanpa ada nak manapun dan untuk dipergunakan sebagaimana
	Atambua,
	Pemohon
	Materai 10.000

A. PERSYARATAN IZIN PRAKTIK DOKTER GIGI SPESIALIS

- 1. Scan asli formulir permohonan yang ditujukan kepada Kepala DPMPTSP Kabupaten Belu yang menyatakan secara tegas permintaan SIPDGSp untuk tempat praktik pertama, kedua atau ketiga yang sudah diisi dan ditandatangani;
- 2. Scan asli STRDG yang masih berlaku;
- 3. Scan asli Surat keterangan tempat praktik;
- 4. Scan asli Bukti pemenuhan kecukupan SKP (dalam hal pengajuan permohonan perpanjangan SIP dengan STR yang masih berlaku atau STR seumur hidup selain yang diperoleh berdasarkan pemenuhan kecukupan SKP atau sertifikat kompetensi);
- 5. Scan asli Ijazah;
- 6. Scan asli KTP;
- 7. Pas foto berwarna terbaru berlatar belakang merah;
- 8. Scan asli Surat Pernyataan pemohon izin tentang kesanggupan memenuhi ketentuan peraturan perundang-undangan dan kebenaran dan keabsahan data/dokumen;
- 9. Bagi Dokter Gigi Spesialis Warga Negara Asing memiliki surat izin kerja dan izin tinggal sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan dan bukti lulus Bahasa Indonesia dari Pusat Bahasa Indonesia;

B. Sistem, mekanisme, dan prosedur:

- 1. Pemohon mendaftar di sistem <u>sicantik.go.id</u> untuk mendapatkan akun atau dapat dibantu oleh Aparatur Sipil Negara (ASN) di Front Office (FO) untuk pembuatan akun;
- 2. Pemohon masuk dengan memakai akun dari pemohon, mengupload persyaratan yang sudah discan asli atau dapat dibantu oleh ASN di FO menguploud persyaratan yang sudah discan asli;
- 3. ASN FO menerima dan memeriksa berkas, apabila belum lengkap dan benar, dikembalikan untuk dilengkapi dan/atau diperbaiki oleh pemohon, apabila sudah lengkap dan benar, dilanjutkan dengan proses entry data;
- 4. ASN Back Office (BO) menerima, memeriksa dan melakukan verifikasi dokumen, jika belum sesuai dikembalikan ke ASN FO untuk dilengkapi dan diperbaiki oleh pemohon jika sudah sesuai dilanjutkan dengan penetapan Izin;
- 5. ASN BO menerbitkan dokumen izin untuk diperiksa, apabila sudah benar dilanjutkan dengan penandatanganan oleh Kepala Dinas;
- 6. Kepala Dinas melakukan penandatanganan dilanjutkan;
- 7. ASN FO melakukan proses penyerahan.

Apabila mengalami kendala dapat menghubungi Call Center kami di 0813 3746 8173 atau melalui email foprijinan@gmail.com

C. Jangka waktu penyelesaian:

Jangka waktu penyelesaian Perizinan Non Perizinan Berusaha adalah paling lama 5 (lima) hari kerja setelah berkas persyaratan dinyatakan lengkap jika tanpa gangguan jaringan.

- D. Biaya/tarif: Tidak ada
- E. Produk pelayanan: Surat Izin Praktik Dokter Gigi Spesialis (SIPDGSp);
- F. Penanganan pengaduan, saran, dan masukan:
 - 1. Menggunakan Formulir;
 - 2. Melalui kotak pengaduan;
 - 3. Melalui Email dmptsppengaduan@gmail.com; dan/atau SMS/WA dan/atau telepon di nomor 082146365595;
 - 4. Dibentuk Tim/petugas khusus penanganan pengaduan, saran, dan masukan.