A. PERSYARATAN SURAT 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 STR 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 sicantik.go.id untuk mendapatkan akun atau dapat dibantu oleh Aparatur Sipil Negara (ASN) di Front Office (FO) untuk pembuatan akun;
2. Pemohon masuk di sistem sicantik.go.id dengan memakai akun pemohon, klik tambah data, pilih jenis permohonan Baru/ Perpanjangan/ Perubahan/ Pencabutan, Pilih Instansi Kabupaten Belu, pilih Unit Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu, pilih jenis izin Surat Izin Praktik Dokter Gigi Spesialis, klik selanjutnya, mengisi keterangan lokasi tempat praktik, klik selanjutnya, klik perseorangan, klik selanjutnya, memperbaiki data perseorangan yang ada (apabila ingin memperbaiki), klik selanjutnya, unggah dokumen Persyaratan perizinan, (unggah dokumen yang sudah di scan asli atau dapat dibantu oleh ASN di FO mengupload persyaratan yang sudah di scan asli), klik selanjutnya, kemudian klik selanjutnya, mengisi data teknis kesehatan, dan klik simpan;
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 Surat Izin Praktik Dokter Gigi Spesialis 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 dpmptsppengaduan@gmail.com; dan/atau SMS/WA dan/atau telepon di nomor 082146365595;
4. Dibentuk Tim/petugas khusus penanganan pengaduan, saran, dan masukan.

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik Dokter Gigi Spesialis Kesatu

Kepada :
Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kabupaten Belu
Di –
Atambua

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan di bawah ini :
Nama Lengkap : .....
Alamat Rumah : .....
.....
Tempat/Tanggal Lahir : .....
Jenis Kelamin : .....
Tahun Lulusan : .....
Nomor STRDG : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Dokter Gigi Spesialis (SIPDGSp) untuk tempat praktik yang kesatu pada :
Nama Fasilitas Kesehatan : .....

Alamat Fasilitas Kesehatan : .....

Sebagai bahan pertimbangan Bersama ini dilampirkan :

a. STR Dokter Gigi Spesialis yang masih berlaku;
b. Surat keterangan tempat praktik;

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terimakasih.
.

Atambua, ...

Pemohon,

(.....)

*)coret yang tidak perlu

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik Dokter Gigi Spesialis Kedua

Kepada :
Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kabupaten Belu
Di –
Atambua

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan di bawah ini :
Nama Lengkap : .....
Alamat Rumah : .....
.....
Tempat/Tanggal Lahir : .....
Jenis Kelamin : .....
Tahun Lulusan : .....
Nomor STRDG : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Dokter Gigi Spesialis (SIPDGSp) untuk tempat praktik yang kedua pada :
Nama Fasilitas Kesehatan : .....

Alamat Fasilitas Kesehatan : .....

Sebagai bahan pertimbangan Bersama ini dilampirkan :

c. STR Dokter Gigi Spesialis yang masih berlaku;
d. Surat keterangan tempat praktik;

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terimakasih.
.

Atambua, ...

Pemohon,

(.....)

*)coret yang tidak perlu

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik Dokter Gigi Spesialis Ketiga

Kepada :
Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kabupaten Belu
Di –
Atambua

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan di bawah ini :
Nama Lengkap : .....
Alamat Rumah : .....
.....
Tempat/Tanggal Lahir : .....
Jenis Kelamin : .....
Tahun Lulusan : .....
Nomor STRDG : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Dokter Gigi Spesialis (SIPDGSp) untuk tempat praktik yang ketiga pada :
Nama Fasilitas Kesehatan : .....

Alamat Fasilitas Kesehatan : .....

Sebagai bahan pertimbangan Bersama ini dilampirkan :

e. STR Dokter Gigi Spesialis yang masih berlaku;
f. Surat keterangan tempat praktik;

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terimakasih.
.

Atambua, ...

Pemohon,

(.....)

KOP RESMI TEMPAT KERJA

CONTOH SURAT KETERANGAN TEMPAT PRAKTIK

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama Lengkap : .....

Jabatan : .....

Nama Fasilitas Kesehatan : .....

Alamat Fasilitas Kesehatan : .....

Telepon/ Nomor HP : .....

E-mail : .....

Dengan ini menerangkan bahwa :

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 di bawah ini :

Nama	:	.....
Tempat Tanggal Lahir	:	.....
No. STR	:	.....
NIK	:	.....
Pekerjaan	:	.....
Alamat sesuai KTP	:	..... RT..... RW.....
		Kelurahan/Desa ..... Kecamatan .....
		Kabupaten/Kota ..... Provinsi .....
Tempat Praktik/Kerja	:	..... RT..... RW.....
		Kelurahan/Desa ..... Kecamatan .....
		Kabupaten/Kota Belu, Provinsi Nusa Tenggara Timur

Menyatakan bahwa

1. Seluruh data/dokumen kecukupan SKP yang dipergunakan dalam proses pengusulan SIP adalah benar dan dapat kami pertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, baik dalam proses perolehannya maupun hal-hal berkaitan dengan dokumen yang bersangkutan.
2. Apabila kami terbukti melanggar surat pernyataan yang telah kami tanda tangani, maka kami bersedia menerima atau dikenakan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan bersedia dilakukan pencabutan SIP serta mempertanggungjawabkan perbuatan kami secara hukum.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya dan kepada yang berkepentingan untuk menjadi maklum.

Atambua,.....

Pemohon

Materai 10.000

.....

SURAT PERNYATAAN KEBENARAN DOKUMEN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....
Tempat Tanggal Lahir : .....
Jenis Kelamin : .....
NIK : .....
Pekerjaan : .....
Alamat sesuai KTP : ..... RT..... RW.....
Kelurahan/Desa ..... Kecamatan.....
Kabupaten/Kota ..... Provinsi .....
Tempat Praktik/Kerja : ..... RT..... RW.....
Kelurahan/Desa ..... Kecamatan .....
Kabupaten Belu, Provinsi Nusa Tenggara Timur

Bertindak untuk dan atas nama diri sendiri dalam rangka mengajukan **Izin Praktik Dokter Gigi Spesialis** dengan ini saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya bertanggungjawab terhadap keabsahan dokumen/berkas yang diserahkan. Apabila dikemudian hari ditemukan bahwa dokumen/berkas yang telah saya sampaikan tidak benar dan/atau ada pemalsuan/penipuan, maka saya bersedia dikenakan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya tanpa ada unsur paksaan dari pihak manapun dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Atambua, ...

Pemohon

Materai 10.000

.....