Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik Terapis Wicara (SIPTW)

Kepada: Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan PTSP Kabupaten Belu di – Atambua

Dengan Hormat,									
Yang Bertanda Tang	gan Dibawah	ini :							
Nama Lengkap	:								
Alamat	•	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •			• • • • • •				
Tempat Tanggal lah	ıir :	: :							
Jenis Kelamin	•								
Tahun Lulusan	•								
Nomor STRTW	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	:							
•	mengajukan Terapis	permohonan Wicara		mendapatkan (SIPTW)		Izin pada			
(sebut nama fasilita Sebagai bahan pert a. STRTW yang ma b. Surat keteranga	imbangan ber asih berlaku;	rsama ini dilan	-	-					
Demikian atas perh	ıatian Bapak ,	/ Ibu kami uca	apkan te	rimakasih.					
			Atamb	oua,					
				Yang Memol	hon,				
			(.	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •)	l			

KOP RESMI TEMPAT KERJA

SURAT KETERANGAN TEMPAT PRAKTIK

Yang bertandatangan di	bawah ini :	
Nama Lengkap	:	
Jabatan	•	
Nama Fasilitas Kesehata	an :	
Alamat Fasilitas Keseha	tan :	
Telepon/ Nomor HP	•	
E-mail	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	
Dengan ini menerangka	n bahwa :	
Nama Lengkap	:	
Tempat, Tanggal Lahir	:	•••••
Alamat Rumah	:	
Telepon/ Nomor HP	:	
E-mail	:	
No. STRTW		
Masa berlaku STRTW	•	
Benar-benar bekerja sel	oagai Terapi	is Wicara di fasilitas yang saya pimpin.
Demikian Surat Ketera: persyaratan permohona		buat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan
		Atambua,

SURAT PERNYATAAN KECUKUPAN SKP

Yang bertanda tangan di	bawah ini :
Nama Tempat Tanggal Lahir No. STR NIK Pekerjaan Alamat sesuai KTP Tempat Praktik/Kerja	RTRW
Menyatakan bahwa	
pengusulan SIP adal dengan ketentuan ya hal-hal berkaitan der 2. Apabila kami terbuk tangani, maka kam dengan ketentuan p	nen kecukupan SKP yang dipergunakan dalam proses lah benar dan dapat kami pertanggungjawabkan sesuai ang berlaku, baik dalam proses perolehannya maupun ngan dokumen yang bersangkutan. Iti melanggar surat pernyataan yang telah kami tanda ni bersedia menerima atau dikenakan sanksi sesuai eraturan perundang-undangan dan bersedia dilakukan ta mempertanggungjawabkan perbuatan kami secara
	aan ini kami buat dengan sebenar-benarnya untuk bagaimana mestinya dan kepada yang berkepentingan
	Atambua,
	Pemohon
	Materai 10.000

SURAT PERNYATAAN KEBENARAN DOKUMEN

Yang bertanda tangan d	i bawah ini :
Nama Tempat Tanggal Lahir Jenis Kelamin NIK Pekerjaan Alamat sesuai KTP	:
Tempat Praktik/Kerja	:
Praktik Terapis Wicara bahwa saya bertanggu diserahkan. Apabila dil telah saya sampaikan	atas nama diri sendiri dalam rangka mengajukan Izin a, dengan ini saya menyatakan dengan sesungguhnya angjawab terhadap keabsahan dokumen/berkas yang kemudian hari ditemukan bahwa dokumen/berkas yang tidak benar dan/atau ada pemalsuan/penipuan, maka akan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan ang berlaku.
-	ernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya tanpa ri pihak manapun dan untuk dipergunakan sebagaimana
	Atambua,
	Pemohon
	Materai 10.000

A. PERSYARATAN IZIN PRAKTIK TERAPIS WICARA

- 1. Scan asli surat permohonan yang ditujukan kepada kepala Dinas DPMPTSP Kabupaten Belu yang sudah diisi dan ditandatangani;
- 2. Scan asli STRTW 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. Scan asli Surat keterangan sehat dari Dokter yang memiliki SIP;
- 8. Pas foto terbaru dan berwarna berlatar belakang merah;
- 9. Scan asli Surat Pernyataan pemohon izin tentang kesanggupan memenuhi ketentuan peraturan perundang-undangan dan kebenaran dan keabsahan data/dokumen;

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 Terapis Wicara (SIPTW);
- 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.