A. PERSYARATAN PENCABUTAN IZIN

1. Scan asli formulir permohonan surat pencabutan izin yang ditujukan kepada Kepala DPMPTSP Kabupaten Belu yang sudah diisi dan ditandatangani;
2. Scan asli KTP;
3. Scan asli Surat Izin Praktik yang akan di cabut (Dokumen Asli)

Semua persyaratan di upload di sistem sicantik.go.id dengan memakai akun dari masing-masing pemohon. Apabila mengalami kendala dapat menghubungi Call Center kami di 0813 3746 8173 atau melalui email *foprijinan@gmail.com*

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 dengan memakai akun dari pemohon, mengupload persyaratan yang sudah discan asli atau dapat dibantu oleh ASN di FO mengupload 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.

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 Pencabutan Izin;

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.

Nomor :
Lampiran : 1 (satu) lembar
Perihal : Pemberitahuan

Kepada :
Yth. Kepala Dinas PMPTSP
Kabupaten Belu
Di – Tempat

Dengan Hormat
Melalui surat ini, saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama Lengkap	:	. .....
Tempat Tanggal Lahir	:	.....
Alamat Rumah	:	Jl. ....., RT ..... RW ..... Kelurahan/Desa ....., Kecamatan ....., Kabupaten/Kota ....., Provinsi .....
Pekerjaan	:	.....
Nomor STR	:	.....
Nomor SIP	:	.....
Nama Sarana Pelayanan Kesehatan	:	.....
Alamat Sarana Pelayanan Kesehatan	:	Desa/Kelurahan ....., Kecamatan ....., Kabupaten Belu, Provinsi Nusa Tenggara Timur

Dengan ini memberitahukan bahwa saya tidak lagi berpraktik pada ....., dengan alamat Desa/Kelurahan ....., Kecamatan ....., Kabupaten Belu, Provinsi Nusa Tenggara Timur, dan berpindah pada ....., dengan alamat Desa/Kelurahan ....., Kecamatan ....., Kabupaten ....., Provinsi ..... Surat Pemberitahuan ini saya sampaikan dengan mengembalikan SIPD pada ..... dengan nomor : DPMPTSP.5304/...../SIPD/...../20.....

Demikian Surat Pemberitahuan ini disampaikan, atas pengertian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

....., ...2021

Nama Pemohon