: • • Jenis Kelamin • Tahun Lulusan • Nomor STRPK Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Psikologi Klinis (SIPPK) Praktik (sebut nama fasilitas Pelayanan kesehatan atau tempat praktik, dan alamat). Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan: a. STRPK yang masih berlaku; b. Surat keterangan tempat praktik. Demikian atas perhatian Bapak / Ibu kami ucapkan terimakasih. Atambua, Yang Memohon,

(.....)

KOP RESMI TEMPAT KERJA

CONTOH SURAT KETERANGAN TEMPAT PRAKTIK

Yang bertandatangan di bawa	ah ini :	
Nama Lengkap	·	
Jabatan	·	
Nama Fasilitas Kesehatan	·	
Alamat Fasilitas Kesehatan	:	
Telepon/ Nomor HP	·	
E-mail	:	
Dengan ini menerangkan bal	ıwa :	
Nama Lengkap :		
Tempat, Tanggal Lahir :		
Alamat Rumah :		
Telepon/ Nomor HP :		
E-mail :		
No. STRPK :		
Masa berlaku STRPK :		
Benar-benar bekerja sebagai Psikologi Klinis di fasilitas yang saya pimpin.		
Demikian Surat Keterangan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan		
persyaratan permohonan SIPPK		
	Atambua,	
	Tanda Tangan dan cap	

SURAT PERNYATAAN KECUKUPAN SKP

Yang bertanda tangan di bawah ini :		
No. STR NIK Pekerjaan Alamat sesuai KTP	:	
Menyatakan bahwa		
 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. 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 d	li bawah ini :
Nama Tempat Tanggal Lahir Jenis Kelamin NIK Pekerjaan Alamat sesuai KTP	:
rempat Fraktik/ Kerja	Kelurahan/Desa Kecamatan Kabupaten Belu, Provinsi Nusa Tenggara Timur
Praktik Psikologi Klinis bahwa saya bertanggu diserahkan. Apabila dil telah saya sampaikan saya bersedia dikena perundang-undangan ya Demikian surat pernya	atas nama diri sendiri dalam rangka mengajukan Izin s, dengan ini saya menyatakan dengan sesungguhnya ungjawab 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. Itaan ini saya buat dengan sebenar-benarnya tanpa ada bihak manapun dan untuk dipergunakan sebagaimana
	Atambua,
	Pemohon
	Materai 10.000

A. PERSYARATAN IZIN PRAKTIK PSIKOLOGI KLINIS

- 1. Scan asli surat permohonan yang ditujukan kepada kepala Dinas DPMPTSP Kabupaten Belu yang sudah diisi dan ditandatangani;
- 2. Scan asli STRPK 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 surat izin praktik;
- 8. Pas foto terbaru dan berwarna latar 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 Psikologis Klinis (SIPPK);
- 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.