Perawat (SIPP) Kepada: Yth Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Belu Di – Atambua Dengan Hormat, Yang Bertanda Tangan Dibawah ini: Nama Lengkap **:.....** Alamat • Tempat Tanggal lahir • Jenis Kelamin • Tahun Lulusan . Nomor STRP . Masa berlaku STRP • Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Perawat (SIPP) (sebut nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau tempat praktik dan alamat) Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan: a. STRP yang masih berlaku; b. Surat keterangan tempat praktik. Demikian atas perhatian Bapak / Ibu kami ucapkan terimakasih. Atambua,..... Yang Memohon, (.....)

Perihal: Permohonan Surat

Izin

Praktik

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 menerangkar	ı bahwa :		
Nama Lengkap			
Tempat, Tanggal Lahir			
Alamat Rumah			
Telepon/ Nomor HP			
E-mail			
No. STRP			
Masa berlaku STRP			
Benar-benar bekerja seb	agai Peraw	rat di fasilitas yang saya pimpin.	
Demikian Surat Keterangan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPP			
		Atambua,	
		Tanda Tangan dan cap	

SURAT PERNYATAAN KECUKUPAN SKP

Yang bertanda tangan d	i bawah ini :
Nama Tempat Tanggal Lahir No. STR NIK Pekerjaan Alamat sesuai KTP	:
Menyatakan bahwa	
pengusulan SIP ada dengan ketentuan y hal-hal berkaitan de 2. Apabila kami terbul tangani, maka kan dengan ketentuan p	men kecukupan SKP yang dipergunakan dalam proses lah benar dan dapat kami pertanggungjawabkan sesuai yang berlaku, baik dalam proses perolehannya maupun engan dokumen yang bersangkutan. kti melanggar surat pernyataan yang telah kami tanda ni bersedia menerima atau dikenakan sanksi sesuai peraturan perundang-undangan dan bersedia dilakukan rta mempertanggungjawabkan perbuatan kami secara
	taan 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	li bawah ini :
Nama Tempat Tanggal Lahir Jenis Kelamin NIK Pekerjaan Alamat sesuai KTP	:
Геmpat Praktik/Kerja	:
Praktik Perawat deng saya bertanggungjawah Apabila dikemudian ha sampaikan tidak benar	atas nama diri sendiri dalam rangka mengajukan Izin gan ini saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa terhadap keabsahan dokumen/berkas yang diserahkan. ari ditemukan bahwa dokumen/berkas yang telah saya dan/atau ada pemalsuan/penipuan, maka saya bersedia uai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
_	pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya tanpa ri pihak manapun dan untuk dipergunakan sebagaimana
	Atambua,
	Pemohon
	Materai 10.000

A. PERSYARATAN IZIN PRAKTIK PERAWAT

- 1. Scan asli formulir permohonan yang ditujukan kepada Kepala DPMPTSP Kabupaten Belu yang sudah diisi dan ditandatangani;
- 2. Scan asli STRP 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 Perawat (SIPP);
- F. Penanganan pengaduan, saran, dan masukan:
 - 1. Menggunakan Formulir;
 - 2. Melalui kotak pengaduan;
 - 3. Melalui Email <u>dpmptsppengaduan@gmail.com</u>; dan/atau SMS/WA dan/atau telepon di nomor 082146365595;
 - 4. Dibentuk Tim/petugas khusus penanganan pengaduan, saran, dan masukan.