

KOP DESA

SURAT KETERANGAN TIDAK MAMPU

Nomor :

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Desa Kecamatan Kabupaten..... Provinsi....
dengan ini menerangkan bahwa:

1. Nama Lengkap :
2. Tempat/ Tanggal Lahir:
3. Jenis Kelamin :
4. Warga Negara :
5. Agama :
6. Status Perkawinan :
7. Nomor KTP :
8. Pekerjaan :
9. Alamat :

Orang yang bernama tersebut di atas benar penduduk Desa dan benar-benar orang
yang bersangkutan dalam keadaan tidak mampu.

Surat keterangan ini berlaku untuk memenuhi persyaratan mengajukan beasiswa.

Dengan Surat Keterangan Tidak Mampu ini diberikan kepada yang bersangkutan serta diketahui
pertimbangan selanjutnya kami serahkan kepada pihak yang berkepentingan, atas bantuan dan
partisipasinya Kami ucapkan terima kasih.

Dibuat di :

Pada tanggal :

KEPALA DESA

NIKD :