

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

NIM :

Program Studi :

Sehubungan dengan hasil *Early Warning System* Indeks Prestasi Kumulatif yang telah dilaksanakan oleh Program Studi Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat, menyatakan bahwa nilai dan kualifikasi saya tidak memenuhi standar yang ditentukan. Berdasarkan hasil tersebut, menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya:

1. Berusaha dengan sungguh-sungguh untuk meningkatkan prestasi akademik
2. Apabila pada saat yudisium Sarjana Keperawatan (S.Kep) atau pada batas waktu yang ditetapkan dalam Buku Pedoman Akademik Program Studi Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat, kualifikasi dan nilai saya masih berada di bawah standar dan syarat yang ditetapkan, saya bersedia untuk tidak melanjutkan ke jenjang Pendidikan Profesi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya, apabila di kemudian hari terbukti pernyataan saya ini tidak benar, maka saya akan bertanggungjawab sepenuhnya.

Banjarbaru, 23 Juli 2021

Mengetahui,

Orang Tua Mahasiswa,

Yang membuat pernyataan,



.....

Menyetujui,
Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Lambung Mangkurat

Dr. dr. Iwan Aflanie, M.Kes., Sp.F., SH

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

NIM :

Program Studi :

Sehubungan dengan hasil *Early Warning System* Indeks Prestasi Kumulatif dan hasil Psikotest yang telah dilaksanakan oleh Program Studi Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat, menyatakan bahwa nilai dan kualifikasi saya tidak memenuhi standar yang ditentukan. Berdasarkan hasil tersebut, menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya:

1. Tidak melanjutkan proses pendidikan pada Program Studi Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat.
2. Bersedia untuk pindah ke program studi yang lain.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya, apabila di kemudian hari terbukti pernyataan saya ini tidak benar, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya.

Banjarbaru, 23 Juli 2021

Mengetahui,
Orang Tua Mahasiswa,

Yang membuat pernyataan,



.....

.....

Menyetujui,
Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Lambung Mangkurat

Dr. dr. Iwan Aflanie, M.Kes., Sp.F., SH
NIP. 19730914 199802 1 001