

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik
Ahli Kesehatan Masyarakat
(SIP-AKM)

Kepada :
Yth. Kepala Dinas Penanaman
Modal dan PTSP Kabupaten Belu
di –
Atambua

Dengan Hormat,
Yang Bertanda Tangan Dibawah ini :

Nama Lengkap :
Alamat :
Tempat Tanggal lahir :
Jenis Kelamin :
Tahun Lulusan :
Nomor STR-AKM :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin
Praktik Ahli Kesehatan Masyarakat (SIP-AKM) pada
.....

(sebut nama fasilitas Pelayanan kesehatan atau tempat praktik, dan alamat).

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

- a. STR-AKM 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 bawah ini :

Nama Lengkap :
Jabatan :
Nama Fasilitas Kesehatan :
Alamat Fasilitas Kesehatan :
Telepon/ Nomor HP :
E-mail :

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama Lengkap :
Tempat, Tanggal Lahir :
Alamat Rumah :
Telepon/ Nomor HP :
E-mail :
No. STR-AKM :
Masa berlaku STR-AKM :

Benar-benar bekerja sebagai Ahli Kesehatan Masyarakat di fasilitas yang saya pimpin.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIP-AKM

Atambua,.....

Tanda Tangan dan cap

(.....)

SURAT PERNYATAAN KECUKUPAN SKP

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Tempat Tanggal Lahir :
No. STR :
NIK :
Pekerjaan :
Alamat sesuai KTP : RT..... RW.....
Kelurahan/Desa Kecamatan
Kabupaten/Kota Provinsi
Tempat Praktik/Kerja : RT..... RW.....
Kelurahan/Desa Kecamatan
Kabupaten/Kota Belu, Provinsi Nusa Tenggara Timur

Menyatakan bahwa

- 1. 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.
- 2. 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 di bawah ini :

Nama :
Tempat Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
NIK :
Pekerjaan :
Alamat sesuai KTP : RT..... RW.....
Kelurahan/Desa Kecamatan
Kabupaten/Kota Provinsi
Tempat Praktik/Kerja : RT..... RW.....
Kelurahan/Desa Kecamatan
Kabupaten Belu, Provinsi Nusa Tenggara Timur

Bertindak untuk dan atas nama diri sendiri dalam rangka mengajukan **Izin Praktik Ahli Kesehatan Masyarakat**, dengan ini saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya bertanggungjawab terhadap keabsahan dokumen/berkas yang diserahkan. Apabila dikemudian hari ditemukan bahwa dokumen/berkas yang telah saya sampaikan tidak benar dan/atau ada pemalsuan/penipuan, maka saya bersedia dikenakan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya tanpa ada unsur paksaan dari pihak manapun dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Atambua,.....

Pemohon

Materai 10.000

A. PERSYARATAN IZIN PRAKTIK AHLI KESEHATAN MASYARAKAT

1. Scan asli surat permohonan yang ditujukan kepada kepala Dinas DPMPSTSP Kabupaten Belu yang sudah diisi dan ditandatangani;
2. Scan asli STRAKM 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 SIP;
8. Pas foto berwarna terbaru berlatar 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 slicantik.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.

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 - Ahli Kesehatan MAsyarakat (SIP-AKM);

F. Penanganan pengaduan, saran, dan masukan :

1. Menggunakan Formulir;
2. Melalui kotak pengaduan;
3. Melalui Email dpmpstsp Pengaduan@gmail.com; dan/atau SMS/WA dan/atau telepon di nomor 082146365595;
4. Dibentuk Tim/petugas khusus penanganan pengaduan, saran, dan masukan.