

Perihal : Permohonan Surat Izin SIP .....

Kepada  
Yth,  
Kepala DPMPTSP  
Kabupaten Boyolali  
Di –  
BOYOLALI

Dengan hormat,  
Yang bertanda tangan dibawah ini,  
Nama Lengkap : .....  
Alamat : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Jenis kelamin : .....  
Tahun Lulusan : .....  
No.telp : .....  
Email aktif : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek SIP  
Di : .....  
Alamat : .....  
SIP ke : .....

- Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :
- a. Scan KTP;
  - b. Scan ijazah;
  - c. Scan STR yang masih berlaku dan dilegalisir;
  - d. Scan Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP yang masih berlaku;
  - e. Scan Surat keterangan kerja dari pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan ( **Atau SK penempatan bagi PNS**);
  - f. Scan Pas foto berwarna ukuran 4 X 6 = 1 lembar (**Memakai baju profesi, Background merah**).
  - g. Scan Jadwal Praktek (**Jika bekerja lebih dari 2 tempat, sertakan jadwal dan tandatangan kedua atasan bersanding**)
  - h. Scan Surat pernyataan tidak keberatan dari ke dua atasan (**Jika bekerja di 2 tempat**).
  - i. Scan SIP ke 1 jika mengajukan SIP ke 2. dan SIP 1, SIP 2 jika mengajukan SIP 3;
  - j. Scan SIP MANDIRI (**bagi yang bekerja pada nakes praktek mandiri**)
  - k. Scan ijin mendirikan/ ijin operasional (**bagi yang akan bekerja di Faskes baru**)
  - l. Bukti Pemenuha Kompetensi (**Bagi nakes yang tidak pernah praktek lebih dari 5 tahun**)
  - m. Bukti kecukupan Satuan Kredit Profesi (SKP) (**Bagi yang mengajukan permohonan perpanjangan SIP**)
  - n. Surat Pernyataan bermaterai yang menyatakan sudah cukup SKP (**Bagi yang mengajukan permohonan perpanjangan SIP**)

Demikian atas perhatian dan terkabulnya permohonan kami, diucapkan terimakasih.  
**\*Note : Untuk syarat yang tidak ada kolom upload dapat dimasukkan ke berkas lainnya discan dijadikan satu**

Boyolali,.....  
Pemohon ,

(.....)

SURAT PERNYATAAN TIDAK KEBERATAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....  
Alamat : .....  
No. Telp/ HP : .....  
Sebagai : .....  
Sarana kesehatan : .....

Menerangkan bahwa kami tidak keberatan karyawan berikut :

Nama : .....  
Alamat : .....  
No. Telp/ HP : .....

Untuk bekerja di :

Sarana kesehatan : .....  
Alamat : .....  
Sebagai : .....  
.....

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya, dalam keadaan sadar dan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Boyolali, ..... 2024

Pemilik / Direktur

cap dan tandatangan

(.....)

FORMAT SURAT

PERNYATAAN

**SURAT PERNYATAAN KECUKUPAN SKP**

Yang bertandatangan dibawah ini:

Nama :

Alamat :

Nomor STR :

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 tandatangi, maka kami bersedia menerima atau dikenakan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan bersedia dilakukan pencabutan SIP serta mempertanggung jawabkan 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

Nama Kab/Kota, Tanggal Bulan Tahun

Ttd

(materai Rp.10000)

(.....)