

Perihal : Permohonan Surat Izin SIP Dokter Mandiri

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 pernyataan mempunyai tempat praktik (bermeterai Rp. 10.000,-)
- f. Surat persetujuan dari Kepala Puskesmas Wilayah tempat praktek;
- g. Scan Pas foto berwarna ukuran 4 X 6 = 1 lembar (**Memakai baju profesi, Background merah**).
- h. Scan Surat persetujuan dari atasan langsung (**bagi nakes yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau yang ditunjuk oleh pemerintah**);
- i. Scan Fotokopi Surat Pernyataan Kesanggupan Pengelolaan dan Pemantauan Lingkungan Hidup (SPPL);
- j. Scan Fotokopi surat perjanjian kerjasama pengelolaan limbah medis dengan sarana lain;
- k. Scan SIP ke 1 jika mengajukan SIP ke 2. dan SIP 1, SIP 2 jika mengajukan SIP 3;
- l. Scan Denah lokasi praktek;
- m. Scan Jadwal Praktek (**Jika bekerja lebih dari 1 tempat, sertakan jadwal dan tandatangan kedua atasan bersanding**)
- n. Surat Keterangan atau persetujuan dari pemilik/ pimpinan sarana pelayanan kesehatan sebagai tempat praktik
- o. Bukti Pemenuhan Kompetensi (**Bagi nakes yang tidak pernah praktek lebih dari 5 tahun**)
- p. Bukti kecukupan Satuan Kredit Profesi (SKP) (**Bagi yang mengajukan permohonan perpanjangan SIP**)
- q. Surat Pernyataan bermeterai 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, 2023

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)

(.....)