Bojonegoro, ...........................

Perihal : Permohonan Surat Izin Baru Atau K e p a d a

Perpanjangan Atau Perubahan Yth. Kepala Dinas Penanaman

Modal dan Pelayanan Terpadu

Satu Pintu

Di –

**BOJONEGORO**

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nama | : |  |
|  | Tempat/Tanggal Lahir | : |  |
|  | Alamat | : |  |
|  | No. Telepon | : |  |
|  | Tahun Lulusan | : |  |
|  | Tempat Dan Alamat Praktek | : |  |

Bersama ini saya mengajukan permohonan izin sektor kesehatan **(*isi sesuai dengan jenis izin yang dimohon*)**, dengan data sebagai berikut :

|  |  |
| --- | --- |
|  | Scan kartu tanda penduduk yang asli |
|  | Scan surat tanda registrasi (Str) yang asli |
|  | Scan ijazah yang asli |
|  | Scan surat keterangan tempat praktik yang asli |
|  | Upload Pas foto ukuran 4x6 cm yang asli |
|  | Scan bukti kompetensi bagi lulusan sebelum agustus 2018 dan belum pernah berpraktik yang asli |
|  | Scan Bukti kecukupan skp dari link portal ***skp.kemkes.go.id*** yang asli (persyaratan ini untuk pengurusan izin perpanjangan atau perubahan) |
|  | Scan surat pernyataan kecukupan skp bermaterial yang asli (persyaratan ini untuk pengurusan izin perpanjangan atau perubahan) |
|  | Scan surat izin praktik ke 1 untuk pengajuan surat izin praktek ke 2 yang asli (persyaratan ini untuk pengurusan izin perpanjangan atau perubahan) |
|  | Scan surat pernyataan kesanggupan memenuhi ketentuan peraturan perundang undangan yang asli |

Demikian permohonan ini kami buat dengan sebenarnya dan apabila dikemudian hari ternyata data atau informasi dan keterangan yang diberikan pada permohonan ini dan lampirannya tidak benar, maka kami menyatakan bersedia dibatalkan izin yang telah kami miliki dan bersedia dituntut sesuai dengan ketentuan peraturan perundang undangan.

Bojonegoro, ..... - ..... - .....

Hormat Kami

Pemohon

*Materai*

*Rp. 10. 000,-*

( ………………………… )

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nama Pemohon | : |  |
|  | Alamat | : |  |
|  | Pekerjaan | : |  |
|  | Agama | : |  |

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

1. Semua berkas persyaratan perizinan yang saya berikan atau lampirkan pada Dinas Penanaman Modal Dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Bojonegoro adalah sesuai dengan kenyataan yang sebenarnya tanpa direkayasa;
2. Kegiatan izin yang saya ajukan sudah sesuai dengan peraturan perundang – undangan yang berlaku;
3. Tidak akan melakukan perubahan kembali pada permohonan izin sektor kesehatan **(*isi sesuai dengan jenis izin yang dimohon*)** selama 3 (tiga) bulan ke depan terhitung tanggal SK ditetapkan apabila ada kesalahan dalam pengeluaran rekomendasi oleh opd teknis;
4. Saya sanggup untuk mentaati ketentuan peraturan perundang – undangan yang berlaku.

Demikian untuk menjadikan maklum dan atas terkabulnya permohonan ini saya sampaikan terima kasih.

Bojonegoro, ..... - ..... - .....

Hormat Kami

Pemohon

*Materai*

*Rp. 10. 000,-*

( ………………………… )