

Perihal: Permohonan Surat Izin Praktik  
Ahli Teknologi Laboratorium Medik (SIP-ATLM)

Kepada Yth :  
Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung  
Jl.Supratman No.73  
di –  
B a n d u n g

Dengat Hormat,  
Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : .....  
Alamat Rumah : Jl.....  
RT / RW ..... Kelurahan/Desa.....  
Kecamatan..... Kota/Kabupaten.....  
Telepon / HP..... Kode Pos .....  
Tempat/ Tanggal Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Nomor STR-ATLM : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik (SIP-ATLM) sesuai Permenkes RI Nomor 42 Tahun 2015 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik, pada :

Tempat Praktik : .....(tuliskan nama faskes)  
Jl.....  
RT / RW ..... Kelurahan.....  
Wilayah Kerja Puskesmas.....  
Kecamatan.....  
Telepon / HP..... Kode Pos .....

Sebagai Tenaga ATLM : Ahli Madya Teknologi Laboratorium Medik/Sarjana Terapan Teknologi Laboratorium Medik\*(lingkari salah satu)

Surat Izin Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik (SIP-ATLM) ini sebagai pengajuan SIP-ATLM pertama / kedua\*(coret salah satu).

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini dilampirkan :

1. Fotocopy Ijazah yang dilegalisasi asli;
2. Fotocopy Surat Tanda Registrasi Ahli Teknologi Laboratorium Medik (STR-ATLM) yang dilegalisir asli dan masih berlaku.
3. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik.
4. Surat keterangan dari pemilik/pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan.
5. Pas foto terbaru ukuran 3 X 4 cm sebanyak 4 (empat) lembar berlatar belakang merah.
6. Surat Rekomendasi dari PATELKI Kota Bandung sesuai tempat praktik.
7. Fotocopy SIP-ATLM pertama (untuk permohonan SIP-ATLM yang kedua)
8. Fotocopy Kartu Tanda Penduduk (KTP) Bagi Tenaga Ahli Teknologi Laboratorium Medik dengan KTP luar Kota Bandung melampirkan surat pengantar / rekomendasi dari Dinas Kesehatan setempat (yang menyatakan belum/ sudah berpraktik di wilayah tersebut)
9. Surat pernyataan tidak keberatan / izin dari Pimpinan tempat bekerja bagi PNS/TNI/ POLRI / BUMN / BADAN HUKUM.
10. Fotocopy Izin Operasional Faskes yang masih berlaku.

Demikian permohonan ini kami ajukan, atas perhatian Bapak / Ibu kami ucapkan terima kasih.

Bandung,.....  
Pemohon,

(.....)  
Nama Lengkap, Tanda Tangan

**KOP FASYANKES**

---

---

**SURAT KETERANGAN  
DARI PEMILIK / PIMPINAN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : .....

Jabatan : Direktur / Pimpinan/Kepala.....

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama Lengkap : .....

adalah benar Tenaga Ahli Madya Teknologi Laboratorium Medik/Sarjana Terapan  
Teknologi Laboratorium Medik\*, yang melakukan praktik di fasilitas pelayanan  
kesehatan yang kami pimpin:

Nama Fasyankes : .....

Alamat Fasyankes : JL.....RT.....RW.....  
Kelurahan.....Kecamatan.....  
Kota Bandung

Bandung,.....

Hormat Kami,  
Pemilik / Pimpinan

.....  
Tanda Tangan, Nama Lengkap, Cap

**SURAT PERNYATAAN/PERSETUJUAN TIDAK KEBERATAN DARI PIMPINAN  
TEMPAT BEKERJA BAGI PNS / TNI / POLRI / BUMN / BADAN HUKUM**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....

Jabatan : .....

Dengan ini menyatakan tidak keberatan kepada :

Nama : .....

Jabatan : .....

Untuk menjalankan Praktik sebagai Ahli Teknologi laboratorium Medik diluar tempat bekerja Kami, sesuai dengan Perundang-undangan yang berlaku serta sepanjang yang bersangkutan tidak mengganggu tugas kedinasan.

Bandung,.....

Hormat Kami,  
Pimpinan

.....

Perihal : Permohonan Pengesahan  
Dokumen SIP ATLM

Kepada Yth :  
Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung  
Jl.Supratman No.73  
di - B a n d u n g

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : .....  
Alamat Rumah : Jl.....  
RT / RW ..... Kelurahan/Desa.....  
Kecamatan..... Kota/Kabupaten.....  
Telepon / HP..... Kode Pos .....  
Tempat/ Tanggal Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Nomor STR-ATLM : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Pengesahan dokumen sebagai persyaratan Surat Izin Praktik Tenaga Ahli Teknologi Laboratorium Medik (SIPATLM) yang berlokasi di :

Tempat Praktik : .....(tuliskan nama sarana)  
Jl.....  
RT / RW ..... Kelurahan.....  
Wilayah Kerja Puskesmas .....  
Kecamatan .....

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy STR ATLM yang masih berlaku dan dilegalisasi asli.
2. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi.
3. Fotocopy SIP ATLM bila sudah memiliki
4. Fotocopy Izin Operasional Faskes yang masih berlaku

Demikian permohonan ini kami ajukan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Bandung,.....  
Pemohon,

.....  
Nama Lengkap