

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik
Ortotis Prostetis (SIPOP)

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

Dengat Hormat,

Nama Lengkap :
Tempat, Tgl.Lahir :
No. STROP :
Tgl. Masa berlaku STROP :
Lulusan : Tahun
Nama Sekolah :
Alamat Rumah : Jl.....
RT / RW Kelurahan/Desa.....
Kecamatan..... Kota/Kabupaten.....
Telepon / HP..... Kode Pos
No.HP :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Ortotis Prostetis (SIPOP) yg berlokasi di :

Tempat Bekerja 1 : (tulis nama sarana)
Jl.....
RT / RW Kelurahan.....
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan.....
Tempat Bekerja 2 : (tulis nama sarana)
Jl.....
RT / RW Kelurahan.....
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan.....

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Permohonan Surat Izin Praktik Ortotis Prostetis (SIPOP)
2. Fotocopy Ijazah yang dilegalisir
3. Foto copy STROP yang dilegalisir asli dan masih berlaku
4. Surat pernyataan mempunyai tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan
5. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi
6. Pas foto berwarna terbaru latar Merah ukuran 3 X 4 cm sebanyak 4 (empat) lembar bukan hasil scanning atau repro
7. Photo copy E-KTP Kota Bandung/ Surat Keterangan E-KTP sedang dalam Proses dari Kecamatan setempat (bagi Tenaga Ortotis Prostetis dengan E-KTP luar Kota Bandung melampirkan surat pengantar/rekomendasi dari Dinas Kesehatan setempat yg menyatakan belum / sudah berpraktik di wilayah tersebut)
8. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
9. Fotocopy Izin Operasional Fasyankes yang masih berlaku
- 10 Surat pernyataan tidak keberatan / izin dari Pimpinan tempat bekerja bagi PNS/TNI/ POLRI / BUMN / BADAN HUKUM.
- 11 FC SIPOP pertama untuk permohonan SIPOP kedua

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

Bandung,.....
Pemohon,

.....
Nama Lengkap

KOP FASYANKES

SURAT PERNYATAAN PIMPINAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :
Jabatan : Pimpinan/Direktur/Kepala.....

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama Lengkap :

Adalah benar Tenaga Ortotis Prostetis yang melaksanakan pekerjaan Ortotis Prostetis pada sarana yang Kami pimpin yang beralamat di :

Alamat Bekerja : (tuliskan nama sarana)
Jl
RT / RWKelurahan.....
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan
Telepon / HP Kode Pos

Bandung,.....
Hormat Kami,
Pimpinan

.....

**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 Ortotis Prostetis 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 SIPOP

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

Dengat Hormat,

Nama Lengkap :
Tempat, Tgl.Lahir :
No. STROP :
Tgl. Masa berlaku STROP :
Lulusan : Tahun
Nama Sekolah :
Alamat Rumah : Jl.....
RT / RW Kelurahan/Desa.....
Kecamatan..... Kota/Kabupaten.....
Telepon / HP..... Kode Pos
No.HP :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Pengesahan dokumen sebagai persyaratan Surat Izin Praktik Ortotis Prostetis (SIPOP) yg berlokasi di :

Tempat Bekerja 1 : (tuliskan nama sarana)
Jl.....
RT / RW Kelurahan.....
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan.....

Tempat Bekerja 2 : (tuliskan nama sarana)
Jl.....
RT / RW Kelurahan.....
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan.....

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy STROP yang masih berlaku dan dilegalisasi asli.
2. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi.
3. Fotocopy Izin Operasional Fasyankes yang masih berlaku.
4. Fotocopy SIPOP bila sudah memiliki.

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

Bandung,.....
Pemohon,

.....
Nama Lengkap