

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik  
Penata Anestesi (SIPPA)

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. STRPA : .....  
Tgl. Masa berlaku STRPA : .....  
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 Penata Anestesi (SIPPA) pada :

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

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopi Ijazah yang dilegalisir asli
2. Fotocopy STRPA yang dilegalisir asli dan masih berlaku
3. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
4. Surat pernyataan memiliki tempat Praktik di Fasyankes
5. Surat Rekomendasi dari Ikatan Penata Anestesi Indonesia Cabang Bandung
6. Pas foto berwarna terbaru ukuran 3 X 4 cm sebanyak 4 (empat) lembar
7. Fotocopy Kartu Tanda Penduduk Elektronik (e-KTP) Kota Bandung atau surat keterangan telah melakukan perekaman e-KTP /surat keterangan domisili di Kota Bandung (bagi Tenaga Penata Anestesi dengan KTP luar Kota Bandung melampirkan surat pengantar/rekomendasi dari Dinas Kesehatan setempat yg menyatakan belum/sudah berpraktik di wilayah tersebut).
8. Fotocopy Izin Operasional Fasyankes yang masih berlaku.
9. Fotocopy SIPPA bila sudah memiliki.
10. Surat pernyataan tidak keberatan / izin dari Pimpinan tempat bekerja bagi PNS/TNI/ POLRI / BUMN / BADAN HUKUM.

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

Bandung,.....  
Pemohon,

.....  
Nama Lengkap

**SURAT PERNYATAAN  
MEMPUNYAI TEMPAT PRAKTIK**

---

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : .....  
Tempat / Tgl. Lahir : .....  
Alamat Rumah : Jl.....  
RT / RW .....Kelurahan/Desa .....  
Kecamatan ..... Kota/Kab.....  
Telepon / HP ..... Kode Pos .....

Dengan ini menyatakan bahwa saya mempunyai tempat Praktik yang beralamat di :

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Bandung,.....  
Pemohon,

Materai 6000,-

.....  
Nama Lengkap

**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 Penata Anestesi 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  
Surat Izin Praktik Penata Anestesi (SIPPA)

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. STRPA : .....  
Tgl. Masa berlaku STRPA : .....  
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 Penata Anestesi (SIPPA) pada :

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

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

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

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

Bandung,.....  
Pemohon,

.....  
Nama Lengkap