

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik  
Teknisi Kardiovaskuler (SIP-TKV)

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. STR-TKV : .....  
Masa berlaku STR-TKV : .....  
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 Teknisi Kardiovaskuler (SIP-TKV) 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 Izajah yang dilegalisasi Asli
2. Fotocopy STR-TKV atau STR-TKV sementara bagi Nakes WNA yang dilegalisir asli & masih berlaku
3. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
4. Surat keterangan bekerja dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang bersangkutan
5. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi
6. Pas foto berwarna terbaru ukuran 3 X 4 cm sebanyak 4 (empat) lembar latar Merah
7. Photo copy E-KTP Kota Bandung/ Surat Keterangan Tinggal sementara di Kota Bandung (SKTS) dari disdukcapil (bagi Tenaga Teknisi Kardiovaskuler dengan E-KTP luar Kota Bandung melampirkan surat pengantar/rekomendasi dari Dinas Kesehatan setempat yg menyatakan belum /sudah berpraktik di wilayah tersebut).
8. Fotocopy SIP-TKV yang dimiliki
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.

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 Teknisi Kardiovaskuler pada sarana yang Kami pimpin yang beralamat di :

Alamat Bekerja : ..... (tulis nama sarana)

Jl .....

RT / RW .....Kelurahan.....

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 Perawat diluar tempat bekerja Kami, sesuai dengan Perundang-undangan yang berlaku serta sepanjang yang bersangkutan tidak mengganggu tugas kedinasan.

Bandung,.....

Pimpinan

.....

Perihal : Permohonan Pengesahan Dokumen  
SIP Teknisi Kardiovaskuler

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. STR-TKV : .....  
Masa berlaku STR-TKV : .....  
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 Teknisi Kardiovaskuler (SIP-TKV) 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. Fotocopy STR-TKV yang masih berlaku dan dilegalisasi asli.
2. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi.
3. Fotocopy SIP-TKV 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