

Perihal: Permohonan Surat Izin Praktik
Teknisi Gigi (SIP TG)

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 : Jl.....
RT / RW Kelurahan/Desa.....
Kecamatan..... Kota/Kabupaten.....
Telepon / HP..... Kode Pos

Tempat/ Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Tahun Lulusan :
Nomor STRPA :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Teknisi Gigi (SIP TG) sesuai Permenkes RI Nomor 54 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perawat Anestesi, pada

Nama Fasilitas :
No Izin Fasilitas :
Alamat : Jl.....
RT / RWKelurahan.....
Wilayah Kerja Puskesmas.....
Kecamatan.....
Telepon / HP..... Kode Pos

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini dilampirkan :

1. Fotocopy ijazah yang dilegalisir
2. Fotocopy sertifikat kompetensi
3. Fotocopy Surat Tanda Registrasi Teknisi Gigi (STRTG) yang masih berlaku
4. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
5. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktik
6. Pas foto terbaru ukuran 3 X 4 cm sebanyak 3 (tiga) lembar berlatar belakang merah
7. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi (OP)
8. Photo copy E-KTP Kota Bandung/ Surat Keterangan Tinggal sementara di Kota Bandung (SKTS) dari disdukcapil.
9. Fotocopy SIP-TG bila sudah memiliki
10. Fotocopy Izin Operasional Fasyankes yang masih berlaku.
11. Surat pernyataan tidak keberatan / izin dari Pimpinan tempat bekerja bagi PNS/TNI/ POLRI / BUMN / BADAN HUKUM.

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

Bandung,.....
Pemohon,

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

**SURAT PERNYATAAN
MEMILIKI TEMPAT KERJA DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :

Tempat / Tgl. Lahir :

Alamat Rumah : Jl.....

RT / RWKelurahan/Desa

Kecamatan Kota/Kab.....

Telepon / HP Kode Pos

Dengan ini menyatakan bahwa saya mempunyai tempat kerja Teknisi Gigi yang beralamat di :

Nama Fasilitas :

Nomor Izin Fasilitas :

Alamat : Jl.....

RT / RWKelurahan

Wilayah Kerja Puskesmas.....

Kecamatan

Telepon / HP Kode Pos

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Bandung,.....

Pemohon,

Materai 6000,-

.....
Nama Lengkap, Tanda Tangan

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

Bandung,.....

Pimpinan

.....

Perihal : Permohonan Pengesahan Dokumen
Surat Izin Praktik Teknisi Gigi (SIP TG)

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 : Jl.....
RT / RW Kelurahan/Desa.....
Kecamatan..... Kota/Kabupaten.....
Telepon / HP..... Kode Pos
Tempat/ Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Tahun Lulusan :
Nomor STRPA :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Pengesahan dokumen sebagai persyaratan Surat Izin Praktik Teknisi Gigi (SIP TG), pada :

Nama Fasilitas :
No Izin Faslitas :
Alamat : Jl.....
RT / RW Kelurahan.....
Wilayah Kerja Puskesmas.....
Kecamatan.....
Telepon / HP..... Kode Pos

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy STR-TG yang masih berlaku dan dilegalisasi asli.
2. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi.
3. Fotocopy SIP-TG 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