

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik
Optometris (SIPO)

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-O :
Tgl. Masa berlaku STRRO :
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 Optometris (SIPO) yg berlokasi di :

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

Sebagai :(penanggungjawab/pendamping)

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

Sebagai :(penanggungjawab/pendamping)

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy Ijazah yang dilegalisir.
2. Fotocopy STRO yang dilegalisir asli dan masih berlaku
3. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
4. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di Faskes yang bersangkutan
5. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi
6. Pas foto berwarna terbaru latar merah ukuran 3 X 4 cm sebanyak 4 (empat) lembar
7. Photo copy Kartu Tanda Penduduk (KTP) Kota Bandung/Surat Keterangan Tinggal Sementara (SKTS) di Kota Bandung
(bagi Tenaga Optometris dengan KTP luar Kota Bandung melampirkan surat pengantar/rekomendasi dari Dinas Kesehatan setempat yg menyatakan belum / sudah berpraktik di wilayah tersebut)
8. Fotocopy SIPO bila sudah memiliki.
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

**SURAT PERNYATAAN
MEMPUNYAI TEMPAT BEKERJA**

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 sudah mempunyai tempat bekerja yang beralamat di :

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

Sebagai :(penanggungjawab/pendamping)

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

Sebagai :(penanggungjawab/pendamping)

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 Optometris 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 Refraksionis
Optisien (SIPO)

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-O :
Tgl. Masa berlaku STRRO :
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 Optometris (SIPO) yg berlokasi di :

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

Sebagai :(penanggungjawab/pendamping)

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

Sebagai :(penanggungjawab/pendamping)

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

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

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

Bandung,.....
Pemohon,

.....
Nama Lengkap