

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik
Tenaga Gizi (SIPTGZ)

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

Dengan Hormat,

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

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Tenaga Gizi (SIPTGZ) 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. Photo copy Ijazah yang dilegalisir asli.
2. Photo copy STRTGz 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 fasilitas pelayanan kesehatan.
5. Pas foto berwarna terbaru ukuran 3 X 4 cm sebanyak 4 (empat) lembar latar Merah
6. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi (PERSAGI).
7. Photo copy E-KTP Kota Bandung/ SKTS di Kota Bandung (bagi Tenaga Tenaga Gizi dengan E-KTP luar Kota Bandung melampirkan surat pengantar/rekomendasi dari Dinas Kesehatan setempat yg menyatakan belum / sudah berpraktik di wilayah tersebut).
8. Fotocopy SIPTGz bila sudah memiliki
9. Fotocopy Izin Operasional faskes 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 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 sudah mempunyai tempat Praktik yang beralamat di :

Tempat Bekerja 1 : (tuliskan nama sarana)
Jl.....
RT / RWKelurahan.....
Wilayah Kerja Puskesmas.....
Kecamatan.....
Tempat Bekerja 2 : (tuliskan nama sarana)
Jl.....
RT / RWKelurahan.....
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 Tenaga Gizi diluar tempat bekerja Kami, sesuai dengan Perundang-undangan yang berlaku serta sepanjang yang bersangkutan tidak mengganggu tugas kedinasan.

Bandung,.....

Pimpinan

.....

Perihal : Permohonan Pengesahan
Dokumen SIPTGz

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 :.....
Tempat, Tgl.Lahir :.....
No. STRTGz :.....
Tgl. Masa berlaku STRTGz :.....
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 Tenaga Gizi (SIPTGz) yang berlokasi di :

Tempat Praktik :(tulis nama sarana)
Jl.....
RT / RWKelurahan
Wilayah Kerja Puskesmas.....
Kecamatan

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Photo copy STR TGz yang masih berlaku dan dilegalisasi asli.
2. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi (PERSAGI).
3. Photo copy SIPTGz bila sudah memiliki
4. Photo copy Izin Operasional Faskes yang masih berlaku

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

Bandung,.....
Pemohon,

.....
Nama Lengkap