

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik Fisioterapis (SIPF)

Kepada Yth :
Kepala DPMPSTSP Kota Bandung
Jl. Cianjur No. 34
di -

B a n d u n g

Dengat Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :
Tempat, Tgl.Lahir :
No. STRF :
Tgl. Masa berlaku STRF :
No. Rekomendasi OP :
Alamat Rumah : Jl.....
RT / RW Kelurahan/Desa.....
Kecamatan Kota/Kabupaten.....
Telepon / HP Kode Pos

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan SIPF yang berlokasi di :

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

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Foto copy STRF yang dilegalisir asli oleh MTKI dan masih berlaku
2. Fotocopy Ijazah yang dilegalisir asli
3. Surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan Fisioterapis
4. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi (OP)
5. Pas foto berwarna terbaru ukuran 3 X 4 cm sebanyak 4 (empat) lembar
6. Photo copy Kartu Tanda Penduduk (KTP) Kota Bandung/ Surat Keterangan Tinggal Sementara (SKTS) di Kota Bandung (bagi Fisioterapis dengan KTP luar Kota Bandung melampirkan surat pengantar/rekomendasi dari Dinas Kesehatan setempat yg menyatakan belum / sudah berpraktik di wilayah tersebut)
7. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
8. Foto copy SIPF/SIKF yg dimiliki
9. Surat pernyataan tidak keberatan / izin dari Pimpinan tempat bekerja bagi PNS/TNI/ POLRI / BUMN / BADAN HUKUM.
10. Fotocopy Izin Operasional Fasilitas Kesehatan yang masih berlaku.

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 Fisioterapis yang melaksanakan praktik pada sarana yang Kami pimpin

Nama Fasyankes :
Alamat Bekerja :
Jl.....RT.....RW.....
KelurahanKecamatan.....
UPT. Puskesmas.....
Telepon / HP.....Kode Pos

Bandung,.....
Hormat Kami,
Pimpinan

Cap&TDT

(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 Fisioterapi 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 SIPF

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. STRF :
Tgl. Masa berlaku STRF :
No. Rekomendasi OP :
Alamat Rumah : Jl.....
RT / RW Kelurahan/Desa.....
Kecamatan Kota/Kabupaten.....
Telepon / HP Kode Pos

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Pengesahan dokumen sebagai persyaratan SIPF yang berlokasi di :

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

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. STRF yang masih berlaku dan dilegalisasi asli.
2. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi.
3. Fotocopy Izin Operasional Fasilitas Kesehatan yang masih berlaku.
4. Fotocopy SIPF bila sudah memiliki

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

Bandung,.....
Pemohon,

.....
Nama Lengkap