

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik Okupasi Terapis (SIPOT)

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

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Okupasi Terapis (SIPOT) pada :

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

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy Ijazah yang dilegalisir asli
2. Foto copy STR OT yang dilegalisir asli oleh MTKI dan masih berlaku
3. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
4. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik profesi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan
5. Pas foto berwarna terbaru latar merah ukuran 3 X 4 cm sebanyak 4 (empat) lembar
6. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi (IOTI)
7. Photo copy Kartu Tanda Penduduk (KTP) Kota Bandung/ Surat Keterangan Tinggal Sementara (SKTS) di Kota Bandung
(bagi Okupasi Terapis dengan KTP luar Kota Bandung melampirkan surat pengantar/rekomendasi dari Dinas Kesehatan setempat yg menyatakan belum / sudah berpraktik di wilayah tersebut)
8. Fotocopy SIPOT 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 PRAKTIK PROFESI**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :
Tempat / Tgl. Lahir :
Alamat Rumah : Jl
RT / RW Kelurahan/Desa
Kecamatan Kota/Kab.
Telepon / HP Kode Pos

Dengan ini menyatakan bahwa saya mempunyai tempat praktik profesi yang beralamat 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

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

Bandung,.....

Pimpinan

.....

Perihal : Permohonan Pengesahan
Dokumen SIPOT

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. STROT :
Tgl. Masa berlaku STROT :
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 Okupasi Terapis (SIPOT) yang berlokasi di :

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

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy STROT yang masih berlaku dan dilegalisasi asli.
2. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi.
3. Fotocopy SIPOT 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