

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik
Psikolog Klinis (SIPPK)

Kepada Yth :
Kepala DPMPTSP Kota Bandung
Jl. Cianjur No. 34
di - B a n d u n g

Dengat Hormat,

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

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Psikolog Klinis (SIPPK) yg berlokasi di :

Tempat Bekerja 1 :(tuliskan nama sarana)
Jl.....RT..... RW.....
Kelurahan.....Kecamatan
Wilayah Kerja Puskesmas
Hari & Jam Praktek
Tempat Bekerja 2 :(tuliskan nama sarana)
Jl.....RT..... RW.....
Kelurahan.....Kecamatan
Wilayah Kerja Puskesmas
Hari & Jam Praktek
Tempat Bekerja 3 :(tuliskan nama sarana)
Jl.....RT..... RW.....
Kelurahan.....Kecamatan
Wilayah Kerja Puskesmas
Hari & Jam Praktek

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Photo copy E-KTP Kota Bandung/ Surat Keterangan E-KTP sedang dalam Proses dari Kecamatan setempat (bagi Tenaga Psikolog Klinis dengan E-KTP luar Kota Bandung melampirkan surat pengantar/rekomendasi dari Dinas Kesehatan setempat yg menyatakan belum / sudah berpraktik di wilayah tersebut)
2. Fotocopy Ijazah yang dilegalisasi asli.
3. Foto copy STRPK yang dilegalisasi asli dan masih berlaku.
4. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik.
5. Surat keterangan dari pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat Psikolog Klinis berpraktik
6. Pas foto berwarna terbaru latar Merah ukuran 3 X 4 cm sebanyak 6 (enam) lembar bukan hasil scanning atau repro.
7. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi.
8. Fotocopy Izin Operasional Fasyankes bagi yang praktik di Fasilitas.
9. Fotocopy SIPPK bila telah memiliki.
- 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

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 Psikolog Klinis yang melaksanakan praktik pada sarana yang Kami pimpin

Nama Fasyankes :

Alamat Bekerja :

Jl..... RT.....RW.....

Kelurahan.....Kecamatan

Wilayah Kerja Puskesmas

Telepon / HP.....Kode Pos.....

Hari dan Jam Praktek.....

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

Bandung,.....

Pimpinan

.....

Perihal : Permohonan Pengesahan
Dokumen SIPPK

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. STRPK :
Tgl. Masa berlaku STRPK :
Lulusan : Tahun.....
Nama Sekolah :
Alamat Rumah : Jl.....
RT / RWKelurahan/Desa
Kecamatan.....Kota/Kabupaten.....
Telepon / HP.....Kode Pos.....
No.HP :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Pengesahan dokumen sebagai persyaratan Surat Izin Praktik Psikolog Klinis (SIPPK) yg berlokasi di :

Tempat Bekerja 1 :(tulis nama sarana)
Jl.....RT..... RW.....
Kelurahan.....Kecamatan
Wilayah Kerja Puskesmas
Hari & Jam Praktek

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

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

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

Bandung,.....
Pemohon,

.....
Nama Lengkap