

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik
Perawat (SIPP)

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/SIP :
Tgl. Masa berlaku STR/SIP :
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 Perawat (SIPP) yang berlokasi di :

Alamat Praktik : Jl.....
RT / RW Kelurahan.....
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan.....

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Foto copy STRP yang dilegalisir asli dan masih berlaku.
2. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik.
3. Surat pernyataan memiliki tempat praktik.
4. Pas foto berwarna terbaru latar Merah ukuran 3 X 4 cm sebanyak 3 (tiga) lembar.
5. Photo copy Kartu Tanda Penduduk (KTP) Kota Bandung/Surat Keterangan Domisili di Kota Bandung.(surat pengantar/rekomendasi dari Dinas Kesehatan setempat yg menyatakan belum berpraktik di tempat tersebut bagi perawat dengan KTP luar Kota Bandung).
6. Denah Ruangan dan denah lokasi tempat praktik.
7. Surat Rekomendasi dari Puskesmas setempat.
8. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi.
9. 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**

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 hanya mempunyai/memiliki tempat praktik yang beralamat di :

Alamat Praktik : Jl.....

RT / RW Kelurahan

Wilayah Kerja Puskesmas

Kecamatan.....

Telepon / HP Kode Pos.....

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Bandung,.....

Pemohon,

Materai

.....

Nama Lengkap

DENAH RUANGAN DAN DENAH LOKASI TEMPAT PRAKTIK

Nama Lengkap :
Tempat / Tgl. Lahir :
Alamat Praktik : Jl.....
RT / RW Kelurahan
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan.....
Telepon / HP Kode Pos.....

DENAH RUANGAN

DENAH LOKASI

Pemohon

.....

**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 SIPP

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. STRP :
Tgl. Masa berlaku STRP :
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 Perawat (SIPP) yang berlokasi di :

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

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. STR yang masih berlaku dan dilegalisasi asli.
2. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi.
3. Denah Ruangan dan Denah Lokasi.
4. Rekomendasi Puskesmas setempat.

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

Bandung,.....
Pemohon,

.....
Nama Lengkap