Kepada

**Yth. Bupati Kepulauan Selayar**

Cq. Kepala Dinas Penanaman Modal Pelayana Terpadu satu Pintu dan Tenaga Kerja

Di

B e n t e n g

**Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik Fisiotherapis**

**(SIPF)**

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :

Alamat :

Tempat, tanggal lahir : .........................................,

Jenis kelamin :  Laki-laki  Perempuan

Tahun Lulusan : ………

Hari dan Jam Praktik : …………………………………………………………………….

No. Tlp (Harus di isi) : ......................................................................

Email (Harus di isi) :

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 17 Tahun 2013 tentang perubahan atas peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/148/I/2010 tentang lzin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat, dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat lzin Praktik Perawat (SIPP).

Sebagai bahan pertimbangan terlampir:

1. Fotokopi KTP yang masih berlaku ( Keterangan domisili bagi KTP di luar wilayah Selayar )
2. Fotokopi STR yang masih berlaku dan dilegalisasi;
3. Fotokopi Ijazah Terakhir
4. Surat Keterangan Memiliki Tempat Praktek ( Swasta/ Mandiri)
5. Surat keterangan sehat fisik dari dokter
6. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 X 6 cm sebanyak 3 (Tiga ) lembar;
7. Rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau pejabat yang ditunjuk;
8. Rekomendasi dari organisasi profesi.
9. SK PNS Dan SPMT ( Bagi PNS ) Dan SK Kontrak Dan Surat Tugas ( Non PNS )
10. BPJS Kesehatan/ KIS
11. BPJS Ketenagakerjaan (bagi non PNS)

Demikian atas perhatian Bapak / lbu kami ucapkan terima kasih.

……………., ………………..….. 20

Pemohon,

( ………………………………………….. )

* **Mohon Berkas Di Susun Secara Berurut**
* **Apabila SIPP Perpanjangan, Mohon Izin Asli Terdahulu Di Lampirkan**