Kepada Yth,

Kepala Dinas PMPTSPTK

Kabupaten Kepulauan Selayar

Di Benteng

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap : ..............................................................................................................

Alamat : ..............................................................................................................

Tempat/tanggal lahir : ..............................................................................................................

Jenis kelamin : .............................................................................................................

Tahun Lulusan : .............................................................................................................

Nomor STRTS : ............................................................................................................

No. Hp (Harus di isi) : ………………………………………………………………………

Email (wajib diisi) : ………………………………………………………………………

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Ijin Kerja Tenaga Sanitarian (SIKTS) pada ..........................................................................................................................(sebut nama fasilitas pelayanan kesehatan dan alamat).

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

a. Fotocopi KTP dan Keterangan Domisili ( KTP di luar wilayah Selayar)

b. Fotokopi ijazah yang dilegalisir;

c. Fotokopi STRTS;

d. Fotokopi surat keterangan sehat dari dokter yang mempunyai Surat Izin Praktik;

e. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan;

f. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar berlatar belakang merah;

g. Rekomendasi kepala dinas kesehatan kabupaten/kota atau pejabat yang ditunjuk;

h. Rekomendasi dari HAKLI;

i. SIKTS pertama (untuk permohonan SIKTS yang kedua);

j. fotokopi BPJS Kesehatan

k. fotokopi BPJS Ketenagakerjaan (bagi non PNS);

l. fotokopi SK PNS dan SPMT ( Bagi PNS) Dan SK Dan Surat Tugas ( Non PNS)

m. Map Snalhatter Tebal warna Biru

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....................................,20.....

Pemohon,

(..................................)

Nama Lengkap

MOHON BERKAS DI SUSUN SECARA BERURUT

JIKA PERPANJANGAN, SIP ASLI WAJIB DI LAMPIRKAN