Kepada

**Yth. Bupati Kepulauan Selayar**

Cq. Kepala Kantor Pelayanan Terpadu

dan Penanaman Modal

**Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik Perawat Gigi** di ‐

**(SIPPG)** B e n t e n g

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :

Alamat :

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

Jenis kelamin :  Laki-laki  Perempuan

Tahun Lulusan : ………

NO. HP (Harus di isi) : ........................................................

Email (Harus di ISi) :

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 tentang lzin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat Gigi, dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat lzin Praktik Perawat Gigi (SIPPG).

Sebagai bahan pertimbangan terlampir:

1. **Fotokopi KTP yang masih berlaku dan keterangan domisili ( Bagi KTP di luar wilayah Selayar)**
2. **Fotokopi Ijazah Terakhir**
3. **Fotokopi SIB/STR yang masih berlaku dan dilegalisasi;**
4. **Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat lzin Praktik;**
5. **Surat pernyataan memiliki tempat praktik (swasta/mandiri);**
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; dan**
8. **BPJS Ketenagakerjaan (bagi Non PNS)**
9. **BPJS Kesehatan / KIS**
10. **SK Terakhir PNS dan SPMT TERBARU ( Bagi PNS )**
11. **SK kontrak Terakhir Dan Surat Tugas TERBARU (Bagi Non PNS)**
12. **Apabila SIP Perpanjangan, Izin Terdahulu mohon dilampirkan**
13. **Map Snalhatter Tebal Warna Biru**

Demikian atas perhatian Bapak / lbu kami ucapkan terima kasih.

……………., ……………….. 20

Pemohon,

( ………………………………………….. )