|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PEMERINTAH KOTA KOTAMOBAGU**  **DINAS PENANANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**  Jalan D. I. Panjaitan No. 375, Telp/Fax. (0434) 22810  email : [dpmptsp@kotamobagukota.go.id](mailto:dpmptsp@kotamobagukota.go.id),  website : <https://dpmptsp.kotamobagukota.go.id> | |
| FORMULIR PERMOHONAN  SURAT IZIN KERJA PERAWAT GIGI (SIKPG) | | No. Dokumen : FM-35-06  Revisi : 00  Tgl Terbit : 03-01-2018  Halaman : - |

|  |  |
| --- | --- |
| Nomor :  Sifat :  Lampiran : 1 (satu) berkas  Perihal : Permohonan Baru / Perubahan / Perpanjangan\*) | Kepada Yth.  **KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU KOTA KOTAMOBAGU**  di –  Kotamobagu |

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Lengkap | : | ……………………………………………………………………………...………… |
| Tempat, Tangal Lahir | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Alamat Rumah | : | ………………………………………………………………………………………… |
|  | | ………………………………………………………………………………………… |
| Nomor Handphone | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Jenis Kelamin | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Tahun Lulus | : | ………………………………………………………………………………………… |
| No. STRPG | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Masa berlaku STRPG sampai | : | …………………………………………………………………tanggal/bulan/tahun) |

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Kerja Perawat Gigi (SIKPG) pada :

Nama sarana kesehatan : …………………………………………………………………………………………..

Alamat : ……………………………………………………………………………………….….

…………………………………………………………………………………………..

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 58 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perawat Gigi.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

1. Fotocopy KTP;
2. Fotocopy ijazah perawat gigi;
3. Fotocopy Sertifikat Kompetensi Perawat Gigi;
4. Fotocopy Surat Tanda Registrasi Perawat Gigi (STRPG);
5. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki surat izin praktek;
6. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktik;
7. Pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar;
8. Rekomendasi dari organisasi profesi (PPGI);
9. Rekomendasi Dinas Kesehatan.

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Kotamobagu, ……………………………………………

Yang bermohon,

……………………………………………….

SURAT PERNYATAAN MEMILIKI TEMPAT PRAKTIK

Yang bertanda tangan dibawah ini,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Lengkap | : | ……………………………………………………………………………...………… |
| Tempat, Tangal Lahir | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Alamat Rumah | : | ………………………………………………………………………………………… |
|  | | ………………………………………………………………………………………… |
| Jenis Kelamin | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Nomor Handphone | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Tahun Lulus | : | ………………………………………………………………………………………… |
| No. STRPG | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Masa berlaku STRPG sampai | : | ………………………………………………………………………………………… |

Dengan ini menyatakan bahwa saya memiliki tempat praktik profesi perawat gigi pada :

Nama fasilitas Kefarmasian : …………………………………………………………………………………….….

Alamat : …………………………………………………………………………………….….

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPKG/SIPPG.

Kotamobagu, ………………………………….. 20….

Yang membuat pernyataan,

………………………………..

Materai