|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 RADIOGRAFER (SIKR) | | | No. Dokumen : FM-42-06  Revisi : 00  Tgl Terbit : 03-01-2018  Halaman : - | |
| Nomor :  Sifat :  Lampiran : 1 (satu) berkas  Perihal : Permohonan / Perpanjangan / Perubahan \*) | | Kepada Yth.  **KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU KOTA KOTAMOBAGU**  di –  Kotamobagu | |

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Lengkap | : | …………………………………………………………………………………………. |
| Alamat | : | …………………………………………………………………………………………. |
|  | | …………………………………………………………………………………………. |
| Tempat / Tangal Lahir | : | …………………………………………………………………………………………. |
| Jenis Kelamin | : | …………………………………………………………………………………………. |
| Tahun Lulusan | : | …………………………………………………………………………………………. |
| Nomor STR Radiografer | : | …………………………………………………………………………………………. |
| Nomor Rekomendasi OP | : | …………………………………………………………………………………………. |
| Nomor Telephone / HP | : | …………………………………………………………………………………………. |

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Kerja Radiografer (SIKR) , pada :

Nama tempat praktik : …………………………………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………

sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 81 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Radiografer.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

1. Fotocopy KTP;
2. Fotocopy Ijazah Radiografer yang dilegalisir;
3. Fotocopy STR Radiografer yang dilegalisir;
4. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki surat izin praktek;
5. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktik;
6. Rekomendasi dari organisasi profesi (PARI);
7. Pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar.
8. Surat rekomendasi Dinas Kesehatan.

Demikian atas perhatian Bapak / Ibu kami ucapkan terima kasih.

Kotamobagu, ……………………………………

Yang bermohon,

…………………………………………………….

*Catatan : Coret yang tidak perlu / sesuai yang dimohon\*)*

SURAT PERNYATAAN MEMPUNYAI TEMPAT PRAKTIK PROFESI

Yang bertanda tangan dibawah ini,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Lengkap | : | ………………………………………………………………………...………… |
| Tempat, Tangal Lahir | : | …………………………………………………………………………………… |
| Alamat Rumah | : | …………………………………………………………………………………… |
|  | | …………………………………………………………………………………… |
| Telepon | : | …………………………………………………………………………………… |
| Nomor Handphone | : | …………………………………………………………………………………… |
| Email | : | …………………………………………………………………………………… |
| No. STR Radiografer | : | …………………………………………………………………………………… |
| Masa berlaku STRR sampai | : | …………………………………………………………………………………… |

Dengan ini menyatakan bahwa saya memiliki tempat praktik profesi Radiografer pada :

Nama tempat praktik : ……………………………………………………………………………….….

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

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan Surat Izin Kerja Radiografer (SIKR).

Kotamobagu, …………………………….. 20….

Yang membuat pernyataan,

………………………………..

Materai