**Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik** Kepada Yth,

 **Ahli Teknologi Laboratorium Medik (SIP-ATLM)** Kepala Dinas Kesehatan

Kabupaten Sidoarjo

Di –

 Sidoarjo

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama lengkap : ..................................................................................................

Tempat Tanggal Lahir : ..................................................................................................

Alamat (sesuai KTP) : ..................................................................................................

Lulusan : ..................................................................................................

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

No. STR-ATLM : ..................................................................................................

No. Telp : ..................................................................................................

 Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik (SIP-ATLM) pada :

Tempat Praktik : ..................................................................................................

Alamat Tempat Praktik : ..................................................................................................

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini lampirkan :

1. Fotokopi Ijazah

2. Fotokopi STR-ATLM yang **dilegalisir**

3. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP

4. Surat keterangan praktik dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang bersangkutan

5. 2 (dua) lembar pas foto berwarna ukuran 4x6 (**background merah**)

6. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi

7. Fotokopi KTP

8. SIP-ATLM Asli (untuk perpanjangan SIP-ATLM)

 Demikian atas perhatiannya saya ucapkan terima kasih.

 Sidoarjo,...................................

 Yang Memohon,

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