**Perihal : Permohonan Surat Ijin Praktik (SIP)** Kepada

**Dokter Spesialis / Dokter Gigi Spesialis** Yth. Kepala Dinas Kesehatan

Kabupaten Sidoarjo

Di -

**SIDOARJO**

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : ………………………………………………………………………………......

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

Jenis Kelamin : ..................................................................................................................

No. STR : ..................................................................................................................

No. Rekomendasi OP : ..................................................................................................................

Alamat Rumah **(Sesuai KTP)** : …………………………………………………………………………………..

: ..................................................................................................................

Alamat Rumah Domisili : ..................................................................................................................

No. Telepon/HP : …………………………………………………………………………….........

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Ijin Praktik (SIP) untuk tempat praktik yang Ke- di Kabupaten Sidoarjo:

1. Nama Praktik : ………………………………………………………………………….............

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

1. Nama Praktik : ………………………………………………………………………………...

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

1. Nama Praktik : …………………………………………………………………………………..

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

Sebagai bahan pertimbangan, saya lampirkan berkas-berkas sebagai berikut :

1. Surat Permohonan;
2. Surat Pernyataan Mempunyai Tempat Praktik bermaterai;
3. STR Legalisasir KKI ***(asli)***;
4. Pas Foto 4x6 Berwarna sebanyak 2 (dua) lembar **(*Background Merah)***;
5. Surat Keterangan dari pimpinan sarana kesehatan tempat dokter/dokter gigi praktik;
6. Rekomendasi dari organisasi profesi (IDI Sidoarjo);
7. Surat Rekomendasi Dokter Spesialis dari IDI;
8. Surat izin dari Pimpinan Instansi (Khusus bagi PNS/TNI/POLRI);
9. Surat Keterangan dari Dinas Kesehatan setempat (apabila KTP di luar Sidoarjo);
10. Khusus perpanjangan SIP, Menyertakan SIP Lama Asli;
11. Fotokopi KTP yang masih berlaku;

Demikian atas perhatiannya, saya ucapkan terima kasih.

Sidoarjo, ……………..........................

Pemohon

(……………………………………..)

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : ……………………………………………………..........................................

NIP/NRP/NRPPTT : …………………………………………………………………........................

Tempat, Tanggal, Lahir : …………………………………………………………………........................

Pendidikan : ..................................................................................................................

Tahun Lulus : ………………………………………………………………………………......

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah memiliki …...... (………….…….) tempat praktik dengan alamat sebagai berikut :

1. Nama Praktik : ………............………………………………………………………………….

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

1. Nama Praktik : ………............……………………………………………………...................

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

1. Nama Praktik : …………………………………………………………………………............

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat, atas perhatiannya saya ucapkan terima kasih.

…………………,.................. ………….......

Yang membuat pernyataan

**Materai**

**Rp. 6000,-**

(………...........……………………………….)