**Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik** Kepada

**Tenaga Kesehatan** Yth. Kepala Dinas Kesehatan

Kabupaten Sidoarjo

di –

**S I D O A R J O**

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : ........................................................................................................

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

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

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

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

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

Nomor STR : ........................................................................................................

No. Telp/E-Mail : ........................................................................................................

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Ijin Praktik Tenaga Kesehatan pada :

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

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

Sesuai keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang izin dan penyelenggaraan Praktik.

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

1. Legalisir STR yang masih berlaku
2. Foto copy Ijazah
3. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang mempunyai Surat Izin Praktik
4. Surat pernyataan memiliki tempat kerja difasilitas pelayanan kesehatan
5. Pas Foto warna ukuran 4x6 sebanyak 2 (dua) lembar (***background merah***)
6. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi
7. Foto copy KTP yang masih berlaku
8. SIP Asli yang lama (khusus perpanjangan)
9. Foto copy Surat Persetujuan Ijin Operasional Fasilitas Pelayanan Kesehatan / Sertifikat standart fasilitas pelayanan kesehatan;
10. Surat Keterangan Domisili yang dikeluarkan oleh kelurahan/desa bagi KTP diluar Sidoarjo, Surabaya, Pasuruan, dan Gresik;

Demikian atas perhatiannya, kami ucapkan terima kasih.

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

...............................................