**SURAT PERMOHONAN IZIN PRAKTIK TERAPIS GIGI DAN MULUT**

Perihal :  **Permohonan Surat Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut**

Lampiran : 1 (satu) bendel

Kepada Yth

**Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu**

**Kabupaten Bantul**

Di Bantul

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini saya :

Nama Lengkap + Gelar : …………………………………………………….

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

Alamat Rumah : …………………………………………………….

Telepon / HP : …………………………………………………….

E mail : …………………………………………………….

Nomor STR : …………………………………………………….

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Kesatu / Kedua\*) berdasarUU No. 17 tahun 2023 tentang Kesehatan dan SE NOMOR HK.02.01/MENKES/6/2024 pada:

Jenis Permohonan : Baru / Perpanjangan / Perubahan \*

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

Alamat Tempat Praktek : ……………………………………….……………

Waktu Praktik: Hari & Jam: ……………………………………………………

: ………………………………………….…………

Sebagai pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Kartu Tanda Penduduk (KTP) pemohon yang masih berlaku;
2. Surat pernyataan domisili bermaterai (bagi yang alamat KTP tidak sesuai dengan alamat tempat tinggal);
3. STR yang masih berlaku atau seumur hidup;
4. Ijazah Asli;
5. Surat keterangan tempat praktik yang diketahui dan ditandatangani oleh penanggungjawab faskes;
6. Surat pengantar dari Puskesmas wilayah setempat **(bagi Praktik Mandiri)**;
7. Surat keterangan sehat fisik dan surat keterangan tidak buta warna dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik;
8. Softcopy Pasfoto berwarna ukuran 4x6 terbaru (format JPG/JPEG maks 2 MB)
9. Melampirkan SIP ke-1 (Jika permohonan SIP ke-2);
10. Bukti Pemenuhan Kompetensi bagi tenaga kesehatan yang belum pernah memiliki SIP / tidak pernah praktik lebih dari 5 tahun;
11. Surat keterangan dari sisdmk.kemkes.go.id atau screenshoot dari SATU SEHAT (pada bagian pekerjaan dengan status bekerja AKTIF & TERVALIDASI), untuk permohonan SIP ke 2 (dua);
12. Surat Pernyataan Kecukupan SKP dan Bukti Kecukupan Satuan Kredit Profesi / SKP (screenshot dari Portal skp.kemkes.go.id), ***jika perpanjangan atau perubahan***.

Demikian permohonan ini disampaikan, atas terkabulnya permohonan ini diucapkan terima kasih.

Bantul, ......................20..

Pemohon

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

**SURAT KETERANGAN TEMPAT PRAKTEK**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : ……………………………………………………..…………..

NIK : ………………………………………………….………………

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

Tempat tanggal lahir : ………………………………………………………………….

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

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

Nomor HP (WA) : ………………………………………………………………….

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

Dengan ini menerangkan :

1. Memiliki tempat praktik untuk SIP ke : 1 / 2 / 3 di lokasi sebagai berikut :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SIP Ke : | NAMA & ALAMAT PRAKTIK YANG DIAJUKAN | HARI | JAM |
|  |  |  |  |

1. SIP Aktif yang sudah di miliki :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| SIP Ke : | Nama & Alamat Praktek | Surat Ijin Praktek | | Hari / Jam |
| No / Tgl | Berlaku s/d |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Bahwa jam praktik tidak bersamaan waktu / jam praktik antar SIP (SIP 1/2/3)

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya dan apabila ada pernyataan yang tidak benar, saya bersedia bertanggung jawab secara hukum dan di kenakan sanksi sesuai dengan aturan yg berlaku.

Mengetahui Bantul, …………………….

Kepala Fasyankes Pemohon

Meterai

…………………………… ……..………………………

**SURAT KETERANGAN TEMPAT PRAKTIK MANDIRI**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : ……………………………………………………..…………..

NIK : ………………………………………………….………………

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

Tempat tanggal lahir : ………………………………………………………………….

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

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

Nomor HP (WA) : ………………………………………………………………….

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

Dengan ini menerangkan :

1. Memiliki tempat praktik untuk SIP ke : 1 / 2 di lokasi sebagai berikut :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SIP Ke : | NAMA & ALAMAT PRAKTIK  YANG DIAJUKAN | HARI | JAM |
|  |  |  |  |

1. SIP Aktif yang sudah di miliki :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| SIP Ke : | Nama & Alamat Praktik | Surat Ijin Praktik | | Hari / Jam |
| No / Tgl | Berlaku s/d |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Bahwa jam praktik tidak bersamaan waktu / jam praktik antar SIP (SIP 1/2/3)

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya dan apabila ada pernyataan yang tidak benar, saya bersedia bertanggung jawab secara hukum dan di kenakan sanksi sesuai dengan aturan yg berlaku.

Mengetahui Bantul, …………………….

Kepala Dinas Kesehatan Pemohon

Kab. Bantul

Meterai

…………………………… ……..………………………

**SURAT PERNYATAAN KECUKUPAN SKP**

Yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : ……………………………………………………………

Alamat : ……………………………………………………………

Nomor STR : ……………………………………………………………

Menyatakan bahwa :

1. Seluruh data / dokumen kecukupan SKP yang dipergunakan dalam proses pengusulan SIP adalah benar dan dapat kami pertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, baik dalam proses perolehannya maupun hal hal berkaitan dengan dokumen yang bersangkutan.
2. Apabila kami terbukti melanggar surat pernyataan yang telah kami tanda tangani, maka kami bersedia menerima atau dikenakan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan dan bersedia dilakukan pencabutan SIP serta mempertanggung jawabkan perbuatan kami secara hukum.

Demikian Surat Pernyataan ini kami buat dengan sebenar – benarnya, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya dan kepada yang berkepentingan untuk menjadi maklum.

Bantul, ……………………………...

Materai

Nama ………………………………

;