SURAT PERMOHONAN

IZIN PRAKTIK DOKTER/DOKTER GIGI/ DOKTER SPESIALIS/ DOKTER GIGI SPESIALIS

Perihal : **Permohonan Surat Izin Praktik (SIP) Dokter**

Lampiran : 1 bendel

Kepada:

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

**Kabupaten Bantul**

Di Bantul

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

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

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

Alamat Rumah : …………………………………………………….

Telepon / HP : …………………………………………………….

E mail : …………………………………………………….

Nomor STR : …………………………………………………….

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Dokter (SIP) Kesatu / Kedua / Ketiga\*) berdasarUU No. 17 tahun 2023 tentang Kesehatan pada :

Jenis Permohonan : Baru / Perpanjangan / Perubahan Jadwal Praktik\*

Nama Fasilitas : ……………………………………………………

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

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

: ……………………………………………………

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

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. Scan Ijazah Asli
4. STR yang masih berlaku atau STR seumur hidup
5. Surat  keteranganan  tempat praktik, yang diketahui dan ditanda tangani oleh penanggung jawab faskes, bagi praktek mandiri di ketahui dan ditanda tangani oleh Dinas Kesehatan.
6. Surat pengantar dari Kepala Puskesmas setempat **(bagi Praktik Mandiri)**;
7. Surat keterangan sehat fisik dan surat keterangan tidak buta warna dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
8. Fotokopi hasil pemeriksaan kualitas air yang memenuhi syarat dan masih berlaku (bagi dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang praktik mandiri);
9. Melampirkan SIP ke-1 (Jika permohonan SIP ke-2), Melampirkan SIP ke-1 dan Ke -2 (Jika permohonan SIP ke-3)
10. Surat keterangan selesai melakukan adaptasi bagi tenaga medis lulusan luar negeri
11. Softcopy Pasfoto berwarna ukuran 4x6 terbaru (format jpeg maks 2 MB)
12. Bukti Pemenuhan Kompetensi bagi tenaga kesehatan yang belum pernah memiliki SIP / tidak pernah praktik lebih dari 5 tahun;
13. 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) dan 3 (tiga)
14. Surat pernyataan kecukupan SKP dan Bukti Kecukupan Satuan Kredit Profesi / SKP (screenshot dari Portal skp.kemkes.go.id) ***jika perpanjangan atau perubahan.***

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....................,...........................

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 / 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 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 ………………………………