PERMOHONAN SURAT IZIN PRAKTIK TENAGA TEKNIS KEFARMASIAN (SIPTTK)

Lampiran : 1 bendel

Hal : Permohonan Surat Izin Praktik Tenaga Teknis

 Kefarmasian (SIPTTK) Kesatu/Kedua/Ketiga \*)

Kepada:

Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Bantul

Di Bantul

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Lengkap | : | ............................................................................... |
| Tempat, tanggal lahir | : | ............................................................................... |
| Alamat Rumah | : | ............................................................................... |
| Telepon | : | ............................................................................... |
| Nomor Handphone (Whatsapp) | : | ............................................................................... |
| E-mail | : | ............................................................................... |
| No. STRTTK | : | ............................................................................... |
| Masa berlaku STRTTK sampai | : | ............................................(tanggal/bulan/tahun) |
| Pendidikan terakhir | : | ............................................................................... |

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK) **Kesatu/Kedua/Ketiga**\*) berdasar UU No. 17 tahun 2023 tentang Kesehatan, pada:

Nama Tempat Praktik : ……………………………………………………….

Alamat : ……………………………………………………….

Waktu Praktik\*\*) : Hari : ………………………………………………

  Jam : ……….. …..s.d. ………………………….

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Scan Kartu Tanda Penduduk (KTP) pemohon yang masih berlaku
2. Surat pernyataan domisili bermaterai (bagi yang alamat KTP tidak sesuai dengan alamat tempat tinggal);
3. STRTTK yang masih berlaku  atau seumur hidup;
4. Scan Ijazah asli;
5. Surat keterangan tempat praktik, yang diketahui dan ditanda tangani oleh penanggung jawab  faskes;
6. Surat keterangan sehat fisik dan surat keterangan tidak buta warna dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik;
7. Softcopy Pasfoto berwarna ukuran 4x6 terbaru (format jpeg maks 2 Mb);
8. Melampirkan SIP ke-1 (Jika permohonan SIP ke-2), Melampirkan SIP ke-1 dan Ke -2 (Jika permohonan SIP ke-3);
9. Bukti Pemenuhan Kompetensi bagi tenaga kesehatan yang belum pernah memiliki SIP / tidak pernah praktik lebih dari 5 tahun;
10. 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 ke 3 (tiga);
11. 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 dan perkenannya 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. Tempat praktik untuk SIP yang diajukan ke : **1 / 2 / 3\*** sebagai berikut :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SIP Ke : | NAMA dan ALAMAT TEMPAT PRAKTIK DIAJUKAN | HARI | JAM |
|  |  |  |  |

1. SIP Aktif yang sudah di miliki :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SIP Ke : | Nama dan Alamat tempat 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 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 ………………………………

**\*SURAT PERNYATAAN KESANGGUPAN**

**PEMENUHAN KECUKUPAN SKP**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : ………………………………………………………………

Alamat sesuai KTP : ………………………………………………………………

Nomor STR : ………………………………………………………………

Menyatakan bahwa:

1. Bersedia untuk memenuhi kecukupan SKP sebagai syarat Perpanjangan Surat Izin Praktik sebelum tanggal 31 Desember 2024, dengan jumlah SKP yang telah di tentukan perundang undangan yang berlaku (SKP dinyatakan cukup)
2. Jika sampai tgl 31 desember 2024 kecukupan SKP tidak terpenuhi, dengan kesadaran diri akan mengikuti ketentuan perundang-undangan yang berlaku, maka SIP yang telah terbit di nyatakan tidak aktif dan STR dibekukan per tanggal 1 Januari 2025 (bertanggung jawab penuh atas konsekuensi yang timbul).

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya untuk digunakan sebagaimana mestinya.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Bantul, Nama Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan |

\*) Khusus untuk **Perpanjangan** yg SKPnya belum cukup/ kurang dari yg ditentukan

­­­­