

.....  
Nomor :  
Lampiran :  
Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik Perawat ( SIPP)

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Penanaman Modal &  
Pelayanan Terpadu Satu Pintu  
Kab. Flotim  
di.-  
Tempat

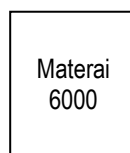
Dengan Hormat,  
Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama lengkap : .....  
Alamat : .....  
Tempat / Tgl. Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Tahun lulusan : .....  
Nomor STRP : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Perawat pada ..... (sebut nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau tempat praktik dan alamat) sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2019 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan. Sebagai bahan pertimbangan terlampir :

- a. Fotokopi ijazah yang disahkan oleh pimpinan penyelenggara pendidikan;
- b. Fotokopi STRP yang masih berlaku dan dilegalisasi asli;;
- c. Surat Keterangan Sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin praktik ;
- d. Surat pernyataan memiliki tempat praktik atau surat keterangan dari pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat Perawat berpraktik;
- e. Pas foto terbaru dan berwarna dengan ukuran 4x6 (empat kali enam) cm sebanyak 3 (tiga) lembar;
- f. rekomendasi dari kepala dinas kesehatan kabupaten/kota atau pejabat yang ditunjuk; dan
- g. Rekomendasi dari Organisasi profesi
- h. Foto copy KTP

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.



Yang memohon,

.....