**Perihal : Permohonan Surat Izin Kerja Radiografer (SIKR)**

Kepada Yth.

Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu

Kab. Bolaang Mongondow Selatan

Di –

Bolaang Uki

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

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

Alamat : .............................................................................

Tempat/Tanggal lahir : ..............................................................................

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

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

Nomor STR-ATLM : ..............................................................................

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Kerja Radiografer (SIKR) pada : ...................................................................................(sebut nama sarana kesehatannya, alamat, kabupaten/kota) sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 81 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Radiografi. Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan:

1. Foto Kopi Ijazah Radiografer
2. Foto Kopi Sertifikat Kompetensi
3. Foto Kopi Surat Tanda Registrasi Radiografer (STRR)
4. Surat Keterangan Sehat Dari Dokter
5. Surat Pernyataan Memiliki Tempat Kerja Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Atau Tempat Praktik
6. Pas Foto warna 4 x 6 cm (2 Lembar)
7. Rekomendasi Dari Organisasi Profesi
8. Rekomendasi Dinkes
9. Fotokopi KTP
10. Fotokopi NPWP

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

........................................202.....

Yang memohon,

( ................................................)

**CHEK LIST KELENGKAPAN SIKR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Pemohon | : |  |
| Alamat | : |  |
| No. Berkas/Tanggal | : |  |
| No. HP/e-mail | : |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | LAMPIRAN PERSYARATAN | URAIAN | | KETERANGAN |
| ADA | TIDAK |
| **BARU :** | | | | |
| 1. | Surat permohonan |  |  |  |
| 2. | Foto Kopi Ijazah Radiografer |  |  |  |
| 3. | Foto Kopi Sertifikat Kompetensi |  |  |  |
| 4. | Foto Kopi Surat Tanda Registrasi Radiografer (STRR) |  |  |  |
| 5. | Surat Keterangan Sehat Dari Dokter |  |  |  |
| 6. | Surat Pernyataan Memiliki Tempat Kerja Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Atau Tempat Praktik |  |  |  |
| 7. | Pasfoto Warna 4x6 cm 2 lembar |  |  |  |
| 8. | Rekomendasi dari Organisasi Profesi; |  |  |  |
| 9. | Rekomendasi Dinkes; |  |  |  |
| 10. | Fotokopi KTP |  |  |  |
| 11. | Fotokopi NPWP |  |  |  |
| **PERPANJANGAN :** | | | | |
| 1. | Surat Izin Lama |  |  |  |
| 2. | Fotokopi STRR yang masih berlaku |  |  |  |
| 3. | Rekomendasi dari kepala dinas kesehatan |  |  |  |
| 4. | Pas foto Warnah 4 x 6 cm (2 lembar) |  |  |  |

**Diterima**

**Ditunda/Dilengkapi Berkas**

**Ditolak**

|  |  |
| --- | --- |
| Kepala Seksi Pelayanan  Perizinan dan Non Perizinan  (*paraf*) | Catatan : |
| Kepala Bidang PTSP  (*paraf*) | Catatan : |