**Perihal : Permohonan SIP-ATLM**

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 Praktik Ahli Teknologi Lab. Medik (SIP-ATLM) pada: .................……………………..sesuai dengan Permenkes Nomor 42 tahun 2015 tentang Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Ahli Teknologi Laboratoium Medik.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan:

* 1. Permohonan
	2. Fotokopi ijazah yang disahkan oleh pimpinan penyelenggara pendidikan;
	3. Fotokopi STR-ATLM yang masih berlaku;
	4. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP;
	5. Pas foto ukuran 4X6 cm sebanyak 2 (dua) lembar;
	6. Surat keterangan dari pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau yang menyatakan masih bekerja pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang bersangkutan;
	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 SIP-ATLM**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO | LAMPIRAN PERSYARATAN | URAIAN | KETERANGAN |
| ADA | TIDAK |
| **BARU :** |
| 1. | Surat permohonan |  |  |  |
| 2. | Fotokopi ijazah yang disahkan oleh pimpinan penyelenggara pendidikan |  |  |  |
| 3. | Fotokopi STR-ATLM yang masih berlaku |  |  |  |
| 4. | Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP |  |  |  |
| 5. | Pas foto ukuran 4X6 cm sebanyak 2 (dua) lembar |  |  |  |
| 6. | Surat keterangan dari pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau yang menyatakan masih bekerja pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang bersangkutan |  |  |  |
| 7. | Rekomendasi dari Organisasi Profesi; |  |  |  |
| 8. | Rekomendasi Dinkes;  |  |  |  |
| 9. | Fotokopi KTP |  |  |  |
| 10. | Fotokopi NPWP |  |  |  |
| **PERPANJANGAN :** |
| 1. | Surat Izin Lama |  |  |  |
| 2. | Fotokopi STR-ATLM yang masih berlaku dan dilegalisasi asli |  |  |  |
| 3. | Rekomendasi dari kepala dinas kesehatan  |  |  |  |
| 4. | Pas foto terbaru dan berwarna dengan ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar |  |  |  |

**Diterima**

**Ditunda/Dilengkapi Berkas**

**Ditolak**

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