**Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik/Kerja Tenaga Gizi (SIPTGz/SIKTGz)**

Kepada Yth,

Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu

Kabupaten Bolaang Mongondow Selatan

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

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

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

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

Jenis kelamin : .....................................................................

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

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik/Kerja Tenaga Gizi pada ..........................................................................................................

Sebagai bahan pertimbangan terlampir:

1. Fotocopy ijazah yang dilegalisir;
2. Fotocopy STRTGz yang masih berlaku dan dilegalisasi;
3. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik;
4. Surat pernyataan memiliki tempat di praktik mandiri atau di fasilitas pelayanan kesehatan di luar praktik mandiri;
5. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar;
6. Rekomendasi dari kepala dinas kesehatan kabupaten/kota; dan
7. Rekomendasi dari organisasi profesi.
8. Fotokopi KTP
9. Fotokopi NPWP

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

…,……………………..202..

Pemohon,

----------------------------

**CHEK LIST KELENGKAPAN SIPTGz/SIKTGz**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 STR yang masih berlaku dan dilegalisasi asli |  |  |  |
| 3. | Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki surat izin praktik |  |  |  |
| 4. | Surat pernyataan memiliki tempat di praktik mandiri atau di fasilitas pelayanan kesehatan di luar praktik mandiri |  |  |  |
| 5. | Pas foto terbaru dan berwarna dengan ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar |  |  |  |
| 6. | Rekomendasi dari kepala dinas kesehatan |  |  |  |
| 7. | Rekomendasi dari Organisasi Profesi |  |  |  |
| 8. | Fotokopi KTP |  |  |  |
| 9. | Fotokopi NPWP |  |  |  |
| **PERPANJANGAN :** | | | | |
| 1. | Surat Izin Lama |  |  |  |
| 2. | Fotokopi STR 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 : |