

FORMULIR PERMOHONAN IZIN PRAKTIK PERAWAT

Nomor :
Lampiran :
Perihal :
Perawat

Kepada Yth,
Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kabupaten Siak
Di
Siak Sri Indrapura

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap
Alamat
Tempat/tanggal lahir
Jenis kelamin
Tahun Lulusan
Nomor STRP
Nomor HP
Email

:
:
:
:
:
:
:
:

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Izin Praktik Perawat (SIPP) Pada.....(Sebut nama fasilitas kesehatan/ 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 bersama ini kami lampirkan :

1. Fotokopi KTP Pemohon
2. Surat Kuasa dan Fotokopi KTP apabila Pengurusan diwakilkan
3. Fotokopi NPWP
4. Fotokopi ijazah
5. Fotokopi STR Perawat yang masih berlaku dan dilegalisasi Asli
6. Bukti Pemenuhan Kompetensi /SERKOM (Pengurusan SIP Pertama Kali apabila tidak Praktik > 5 Tahun)
7. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan kab.Siak
8. Surat keterangan sehat dari dokter Pemerintah
9. Surat keterangan tempat praktik dari pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan
10. Pas Foto berwarna ukuran 3x4 (2 lembar)

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....,20...

Yang memohon,

Materai
Rp. 10.000,-

(.....)

**FORMULIR PERMOHONAN SURAT PERPANJANGAN IZIN PRAKTIK
PERAWAT (SIPP)**

Nomor : Kepada Yth,
Lampiran : Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Perihal :Permohonan Surat Perpanjangan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Izin Praktik Perawat (SIPP) Kabupaten Siak
Di
Siak Sri Indrapura

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap :
Alamat :
Tempat/tanggal lahir :
Jenis kelamin :
Tahun Lulusan :
Nomor STRP :
No HP :
Email :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Perawat (SIPP) Pada.....(Sebut nama fasilitas kesehatan/ 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 bersama ini kami lampirkan :

1. Fotokopi KTP Pemohon
2. Surat Kuasa dan Fotokopi KTP apabila Pengurusan diwakilkan
3. Fotokopi NPWP
4. Fotokopi ijazah Perawat
5. Fotokopi STR Perawat yang masih berlaku dan dilegalisasi Asli
6. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan kab.Siak
7. Surat Pernyataan kecukupan SKP
8. Bukti pemenuhan kecukupan SKP
9. Surat keterangan sehat dari dokter Pemerintah
10. Surat keterangan tempat praktik dari pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan
11. Pas Foto berwarna ukuran 3x4 (2 lembar)
12. Surat Izin Praktik Perawat (SIPP) yang lama (asli)

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....,20...

Yang memohon,

Materai
Rp. 10.000,-

(.....)