

FORMULIR PERMOHONAN IZIN PRAKTIK TENAGA GIZI

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Permohonan Izin Praktik
Tenaga Gizi

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

Siak Sri Indrapura

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

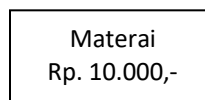
Nama Lengkap :
Alamat :
Tempat/Tanggal Lahir :
No. Telp./HP :
Email :
Jenis Kelamin :
Tahun Lulusan :
Nomor STRGz :
Nama Tempat Praktik :
Alamat Tempat Praktik :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Izin Praktik Tenaga Gizi
Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan:

1. Fotokopi KTP Pemohon;
 2. Surat Kuasa dan Fotokopi KTP apabila Pengurusan diwakilkan
 3. Fotokopi NPWP
 4. Fotokopi Ijazah
 5. Foto Kopi STR di legalisir kecuali lulusan pendidikan akademik (S1/S2/S3) yang telah bekerja difasilitas pelayanan kesehatan tidak dipersyaratkan STR
 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 bekerja/tempat praktik dari fasilitas pelayanan kesehatan
 10. Pas foto berwarna ukuran 3x4 (2 lembar)
 11. Fotokopi SIPTGz Pertama untuk pengajuan SIPTGz yang kedua
 12. Fotokopi STRTGz yang masih berlaku dan legalis
- Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih

.....202...

Yang memohon,



(.....)

KOP DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA ... *

SURAT IZIN PRAKTIK TENAGA GIZI (SIPTGz)

Nomor

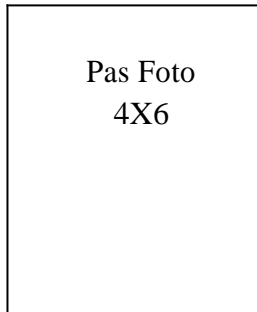
Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor ... tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Tenaga Gizi, yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Siak memberikan izin praktik kepada:

(Nama Lengkap)

Tempat/tanggal lahir :
Alamat :
Nomor STRTGz :

Untuk menjalankan praktik sebagai Tenaga Gizi di ... (*tempat dan alamat lengkap tempat praktik*).

Surat Izin Praktik Tenaga Gizi (SIPTGz) ini berlaku sampai dengan tanggal ... (*sesuai pemberlakuan STRTGz*).



Dikeluarkan di
Pada tanggal

Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota
Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

(.....)

Keterangan : *) Jika izin diberikan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Tembusan :

1. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi...;
2. Ketua Persatuan Ahli Gizi Indonesia Daerah...;
3. Peringgal

