



PEMERINTAH KABUPATEN SIAK
DINAS PENANAMAN MODAL
DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
(DPMPTSP)

MANUAL BOOK SMILE

SISTEM INFORMASI PELAYANAN PERIZINAN

Panduan penggunaan aplikasi SMILE untuk seluruh pengguna dalam proses pelayanan perizinan secara elektronik.



PERIZINAN
ONLINE



VERIFIKASI
BERJENJANG



TANDA TANGAN
ELEKTRONIK



ARSIP &
DOKUMENTASI



PENGADUAN
MASYARAKAT



SURVEI KEPUASAN
MASYARAKAT



**MAL PELAYANAN PUBLIK
KABUPATEN SIAK**

مال فېلپان فېلېك كېوفاتين سياك



MELAYANI DENGAN
CEPAT, MUDAH,
TRANSPARAN,
DAN AKUNTABEL

VERSI 1.0
TAHUN 2025

MANUAL BOOK SISTEM INFORMASI PELAYANAN PERIZINAN (SMILE)

1. Login

Halo Warga Siak 🙌, Mau Ngapain Hari Ini?

Setiap langkahmu, kami dukung dari sini.

Email

Password

☐ I'm not a robot

[Masuk sekarang!](#)

Belum punya akun? [Daftar di sini](#)

Lupa password akun? [Reset password!](#)

Dibuat oleh Diskominfo Kabupaten Siak



Powered By Dinas Komunikasi dan Informatika Kabupaten Siak

Copyright @ Pemerintah Kabupaten Siak 2025

2. Beranda, Pilihan Perizinan



3. Informasi Persyaratan



BerandaPermohonanPengaduanFAQKeluar

Warisman Dwi

Izin Praktik Perawat

Jasa Usaha

10%

Persyaratan:

1. Formulir Permohonan yang ditandatangani oleh Pemohon disertai materai Rp. 10000,-
2. KTP Pemohon/Pemilik Sarana
3. NPWP Pemohon
4. Ijazah
5. STR Perawat yang masih berlaku dilegalisasi Asli
6. Bukti Pemenuhan Kompetensi /SERKOM (Pengurusan SIP Pertama Kali apabila tidak Praktik > 5 Tahun) (dalam bentuk PDF)
7. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab.Siak
8. Surat keterangan Sehat dari Dokter Pemerintah
9. Surat Keterangan tempat praktik atau surat keterangan dari Fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya
10. Surat Pernyataan memiliki tempat praktik (untuk izin praktik mandiri perawat)
11. Rekomendasi dari Kepala Puskesmas setempat (untuk izin praktik mandiri perawat)
12. Perjanjian Kerja sama Pengelolaan Limbah Medis dengan instansi yang memiliki instansi pengelolaan limbah (untuk izin praktik mandiri perawat)
13. Surat Pernyataan Kecukupan SKP (Untuk Perpanjangan Izin Praktik)
14. Bukti Pemenuhan Kecukupan SKP (Untuk Perpanjangan Izin Praktik)
15. Surat Izin Praktik Perawat (SIPP) yang lama
16. Pas Foto Ukuran 3x 4 cm 3 Lembar

Formulir:

1. [Formulir](#)

Ajukan permohonan Sekarang ?



© 2026 DPMP TSP KAB.SIAK

4. Inputan Permohonan



BerandaPermohonanPengaduanFAQKeluar

Warisman Dwi

Formulir Pendaftaran Permohonan Perizinan Izin Praktik Perawat

Silakan isi formulir berikut untuk mendaftar permohonan perizinan.

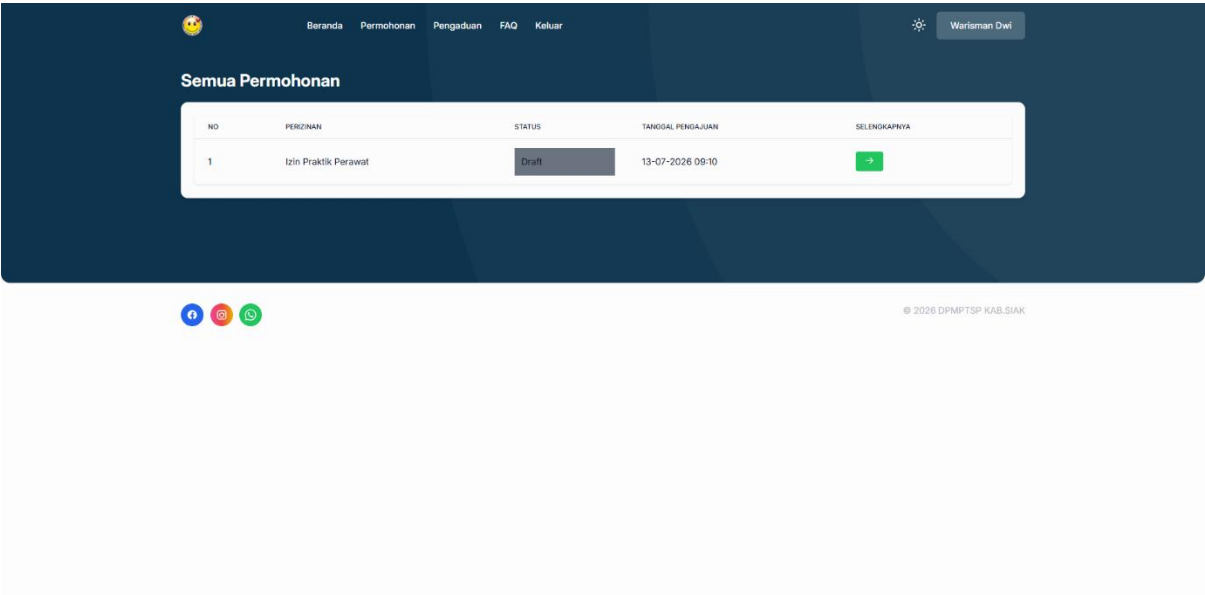
Nama	Warisman Dwi	NIK	1408021707980001
Tempat Lahir	Sungai Apit	Tanggal Lahir	17/07/1998
No Whatsapp	082268396994		
Alamat Tempat Tinggal	TES		
Jenis Kelamin	Laki-laki		
Jenis Permohonan	Baru		
Nama Fasilitas Pelayanan / Tempat Praktik	TES		
Alamat Fasilitas Pelayanan / Tempat Praktik	TES		
Tahun Kelulusan	TES		
Nomor STR (Jika Ada)	TES		
Masa Berlaku STR (Jika Ada)	TES		
Praktik Koberapa	KESATU		
Jenis Sertifikat	Sertifikat Perawat		

BatalOk, Lanjutkan

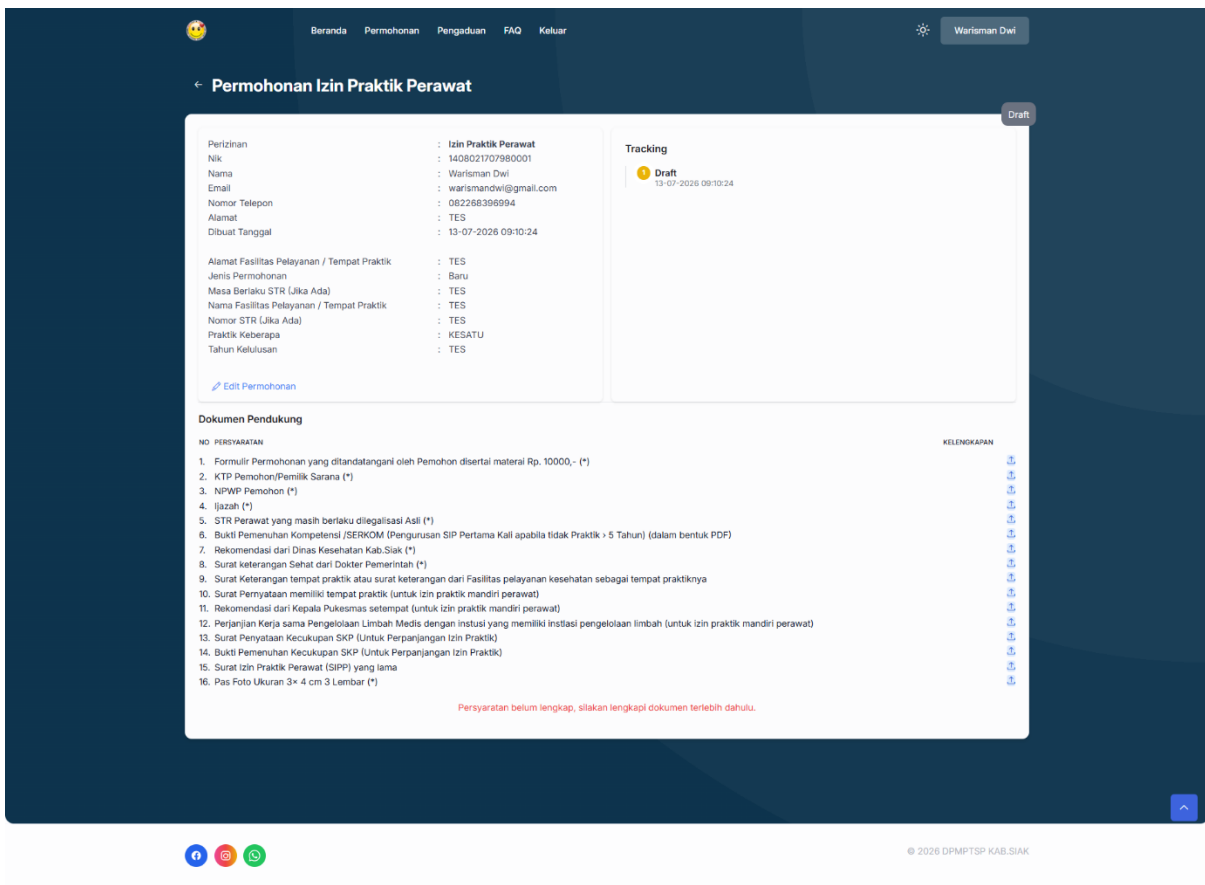


© 2026 DPMP TSP KAB.SIAK

5. Draft Permohonan



6. Penginputan Persyaratan



7. Pengajuan Permohonan

[illegible]

8. Status Permohonan



[Beranda](#)
[Permohonan](#)
[Pengaduan](#)
[FAQ](#)
[Keluar](#)


[Wartaman Dwi](#)

Semua Permohonan

NO	PERIZINAN	STATUS	TANGGAL PENGAJUAN	SELEKSIAPNYA
1	Izin Praktik Perawat	Pengajuan	13-07-2026 09:10	➔





© 2026 DPMTSP KAB.SIAK

9. Tracking Permohonan

👤

BerandaPermohonanPengaduanFAQKeluar

⚙️Warisman Dwi

← Permohonan Izin Praktik Perawat

Perizinan

: Izin Praktik Perawat

Nik

: 1408021707980001

Nama

: Warisman Dwi

Email

: warismandwi@gmail.com

Nomor Telepon

: 062268396994

Alamat

: TES

Dibuat Tanggal

: 13-07-2026 09:10:24

Alamat Fasilitas Pelayanan / Tempat Praktik

: TES

Jenis Permohonan

: Baru

Masa Berlaku STR (Jika Ada)

: TES

Nama Fasilitas Pelayanan / Tempat Praktik

: TES

Nomor STR (Jika Ada)

: TES

Praktik Keberapa

: KESATU

Tahun Kelulusan

: TES

Tracking

1 Draft

13-07-2026 09:10:24

2 Pengajuan

13-07-2026 09:12:32

Dokumen Pendukung

NO. PERSYARATAN

1. Formulir Permohonan yang ditandatangani oleh Pemohon disertai materai Rp. 10000,- (*)

2. KTP Pemohon/Pemilik Sarana (*)

3. NPWP Pemohon (*)

4. Ijazah (*)

5. STR Perawat yang masih berlaku dilegalisasi Asli (*)

6. Bukti Pemenuhan Kompetensi /SERKOM (Pengurusan SIP Pertama Kali apabila tidak Praktik > 5 Tahun) (dalam bentuk PDF)

7. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab.Siak (*)

8. Surat keterangan Sehat dari Dokter Pemerintah (*)

9. Surat Keterangan tempat praktik atau surat keterangan dari Fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya

10. Surat Pernyataan memiliki tempat praktik (untuk izin praktik mandiri perawat)

11. Rekomendasi dari Kepala Puskesmas setempat (untuk izin praktik mandiri perawat)

12. Perjanjian Kerja sama Pengelolaan Limbah Medis dengan instansi yang memiliki instansi pengelolaan limbah (untuk izin praktik mandiri perawat)

13. Surat Pernyataan Kecukupan SKP (Untuk Perpanjangan Izin Praktik)

14. Bukti Pemenuhan Kecukupan SKP (Untuk Perpanjangan Izin Praktik)

15. Surat Izin Praktik Perawat (SIPP) yang lama

16. Pas Foto Ukuran 3x 4 cm 3 Lembar (*)

KELENGKAPAN

✓ B

✓ B

✓ B

✓ B

✓ B

✓ B

✓ B

✓ B

✓ B

✓ B

✓ B

✓ B

✓ B

✓ B

✓ B

✓ B

👤

📞

📧

📱

© 2026 DPMPTSP KAB.SIAK