

Perihal: Permohonan Surat Izin Praktik
Tenaga Sanitarian (SIPTS)

Kepada Yth :
Kepala DPMPTSP Kota Bandung
Jl. Cianjur No. 34
di -
B a n d u n g

Dengat Hormat,
Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :
Alamat Rumah : Jl.....
RT / RW.....Kelurahan/Desa.....
Kecamatan.....Kota/Kabupaten.....
Telepon / HP.....Kode Pos.....
Tempat/ Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Tahun Lulusan :
Nomor STRTS :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Tenaga Sanitarian (SIKTS) pada :

Tempat Kerja :(tuliskan nama faskes)
Jl.....
RT / RW.....Kelurahan.....
Wilayah Kerja Puskesmas.....
Kecamatan.....
Telepon / HP.....Kode Pos.....

Sebagai Tenaga Sanitarian: Sanitarian / Teknisi Sanitarian Utama / Teknisi Sanitarian Madya / Teknisi Sanitarian Pratama / Asisten Teknisi Sanitarian*(lingkari salah satu)

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini dilampirkan :

1. Fotocopy Ijazah yang dilegalisir asli.
2. Fotocopy Surat Tanda Registrasi Tenaga Sanitarian (STRTS) yang dilegalisir asli dan masih berlaku.
3. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik.
4. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan.
5. Pas foto terbaru ukuran 3 X 4 cm sebanyak 6 (enam) lembar berlatar belakang merah
6. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi (OP) HAKLI Kota Bandung.
7. Fotocopy Kartu Tanda Penduduk Elektronik (E-KTP)/SKTS di Kota Bandung. Bagi Tenaga Sanitarian dengan KTP luar Kota Bandung melampirkan surat pengantar / rekomendasi dari Dinas Kesehatan setempat yg menyatakan belum/ sudah berpraktik di wilayah tersebut)
8. Fotocopy SIKTS pertama (untuk permohonan SIKTS yang kedua)
9. Fotocopy Surat Izin Operasional Faskes yang masih berlaku.
- 10 Surat pernyataan tidak keberatan / izin dari Pimpinan tempat bekerja bagi PNS/TNI/ POLRI / BUMN / BADAN HUKUM.

Demikian permohonan ini kami ajukan, atas perhatian Bapak / Ibu kami ucapkan terima kasih.

Bandung,.....
Pemohon,

(.....)
Nama Lengkap, Tanda Tangan

SURAT PERNYATAAN
MEMILIKI TEMPAT KERJA DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :
Tempat / Tgl. Lahir :
Alamat Rumah : Jl
RT / RW Kelurahan/Desa
Kecamatan Kota/Kab.
Telepon / HP Kode Pos

Dengan ini menyatakan bahwa saya mempunyai tempat kerja yang beralamat di :

Tempat Kerja I :(tuliskan nama faskes)
Jl.....
RT / RW Kelurahan
Wilayah Kerja Puskesmas.....
Kecamatan.....
Telepon / HP..... Kode Pos

Sebagai Tenaga Sanitarian : Sanitarian / Teknisi Sanitarian Utama / Teknisi Sanitarian Madya / Teknisi Sanitarian Pratama / Asisten Teknisi Sanitarian*(lingkari salah satu)

Tempat Kerja II :(tuliskan nama faskes)
Jl.....
RT / RW Kelurahan
Wilayah Kerja Puskesmas.....
Kecamatan.....
Telepon / HP..... Kode Pos

Sebagai Tenaga Sanitarian : Sanitarian / Teknisi Sanitarian Utama / Teknisi Sanitarian Madya / Teknisi Sanitarian Pratama / Asisten Teknisi Sanitarian*(lingkari salah satu)

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Bandung,.....
Pemohon,

Materai 6000,-

.....
Nama Lengkap, Tanda Tangan

**SURAT PERNYATAAN/PERSETUJUAN TIDAK KEBERATAN DARI PIMPINAN TEMPAT
BEKERJA BAGI PNS / TNI / POLRI / BUMN / BADAN HUKUM**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Jabatan :

Dengan ini menyatakan tidak keberatan kepada :

Nama :

Jabatan :

Untuk menjalankan Praktik Tenaga Sanitarian diluar tempat bekerja Kami, sesuai dengan Perundang-undangan yang berlaku serta sepanjang yang bersangkutan tidak mengganggu tugas kedinasan.

Bandung,.....

Pimpinan

.....

Perihal: Permohonan Pengesahan Dokumen
Surat Izin Praktik Tenaga Sanitarian (SIPTS)

Kepada Yth :
Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung
Jl. Supratman No.73
di -
B a n d u n g

Dengat Hormat,
Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :
Alamat Rumah : Jl.....
RT / RW.....Kelurahan/Desa.....
Kecamatan.....Kota/Kabupaten.....
Telepon / HP.....Kode Pos.....
Tempat/ Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Tahun Lulusan :
Nomor STRTS :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan pengesahan dokumen sebagai persyaratan Surat Izin Praktik Tenaga Sanitarian (SIPTS) pada :

Tempat Kerja :(tuliskan nama faskes)
Jl.....
RT / RW.....Kelurahan.....
Wilayah Kerja Puskesmas.....
Kecamatan.....
Telepon / HP.....Kode Pos.....

Sebagai Tenaga Sanitarian: Sanitarian / Teknisi Sanitarian Utama / Teknisi Sanitarian Madya / Teknisi Sanitarian Pratama / Asisten Teknisi Sanitarian*(lingkari salah satu)

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Photo copy STRTS yang masih berlaku dan dilegalisasi asli.
2. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi (HAKLI).
3. Photo copy SIPTS bila sudah memiliki
4. Photo copy Izin Operasional Faskes yang masih berlaku

Demikian permohonan ini kami ajukan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Bandung,.....
Pemohon,

.....
Nama Lengkap