

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik Fisioterapis (SIPF)

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

Dengat Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :
Tempat, Tgl.Lahir :
No. STRF :
Tgl. Masa berlaku STRF :
No. Rekomendasi OP :
Alamat Rumah : Jl.....
RT / RW.....Kelurahan/Desa
Kecamatan.....Kota/Kabupaten
Telepon / HP.....Kode Pos.....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan SIPF yang berlokasi di :

Tempat Praktik 1 : (tuliskan nama sarana)
Jl.....
RT / RW.....Kelurahan
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan.....
TeleponKode Pos
Tempat Praktik 2 : (tuliskan nama sarana)
Jl.....
RT / RW.....Kelurahan
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan.....
TeleponKode Pos

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Foto copy STRF yang dilegalisir asli oleh MTKI dan masih berlaku
2. Fotocopy Ijazah Fisioterapis Profesi atau Fisioterapis Spesialis yang dilegalisir asli
3. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik profesi
4. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi (OP)
5. Pas foto berwarna terbaru ukuran 3 X 4 cm sebanyak 4 (empat) lembar
6. Photo copy Kartu Tanda Penduduk (KTP) Kota Bandung/ Surat Keterangan Tinggal Sementara (SKTS) di Kota Bandung
(bagi Fisioterapis dengan KTP luar Kota Bandung melampirkan surat pengantar/rekomendasi dari Dinas Kesehatan setempat yg menyatakan belum / sudah berpraktik di wilayah tersebut)
7. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
8. Denah Ruangan dan Denah Lokasi Praktik
9. Foto copy SIPF/SIKF yg dimiliki
10. Rekomendasi dari Puskesmas Setempat
11. Surat pernyataan tidak keberatan / izin dari Pimpinan tempat bekerja bagi PNS/TNI/ POLRI / BUMN / BADAN HUKUM.

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

Bandung,.....
Pemohon,

.....
Nama Lengkap

**SURAT PERNYATAAN
MEMPUNYAI TEMPAT PRAKTIK PROFESI**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :
Tempat / Tgl. Lahir :
Alamat Rumah : Jl.....
RT / RWKelurahan/Desa
Kecamatan.....Kota/Kab.
Telepon / HPKode Pos

Dengan ini menyatakan bahwa saya mempunyai tempat praktik profesi yang beralamat di :

Tempat Praktik 1 : (tuliskan nama sarana)
Jl.....
RT / RW.....Kelurahan
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan.....
TeleponKode Pos

Tempat Praktik 2 : (tuliskan nama sarana)
Jl.....
RT / RW.....Kelurahan
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan.....
TeleponKode Pos

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Bandung,.....
Pemohon,

Materai 6000,-

.....
Nama Lengkap

**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 Fisioterapi diluar tempat bekerja Kami, sesuai dengan Perundang-undangan yang berlaku serta sepanjang yang bersangkutan tidak mengganggu tugas kedinasan.

Bandung,.....
Hormat Kami,
Pimpinan

.....

DENAH RUANGAN DAN DENAH LOKASI TEMPAT PRAKTIK

Nama Lengkap :
Tempat / Tgl. Lahir :
Alamat Praktik : Jl
RT / RW..... Kelurahan.....
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan
Telepon / HP..... Kode Pos

DENAH RUANGAN

DENAH LOKASI

Pemohon

.....

Perihal : Permohonan Pengesahan
Dokumen SIPF

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 :
Tempat, Tgl.Lahir :
No. STRF :
Tgl. Masa berlaku STRF :
No. Rekomendasi OP :
Alamat Rumah : Jl.....
RT / RW Kelurahan/Desa
Kecamatan Kota/Kabupaten
Telepon / HP Kode Pos

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Pengesahan dokumen sebagai persyaratan untuk mendapatkan SIPF yang berlokasi di :

Tempat Praktik 1 : (tuliskan nama sarana)
Jl.....
RT / RW Kelurahan.....
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan
Telepon Kode Pos

Tempat Praktik 2 : (tuliskan nama sarana)
Jl.....
RT / RW Kelurahan.....
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan
Telepon Kode Pos

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. STRF yang masih berlaku dan dilegalisasi asli.
2. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi.
3. Denah Ruang dan denah Lokasi
4. Rekomendasi Puskesmas setempat
5. Ijazah Fisioterapis Profesi atau Fisioterapis Spesialis yang di Legalisir Asli

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

Bandung,.....
Pemohon,

.....
Nama Lengkap

