

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik  
Psikolog Klinis (SIPPK)

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

Dengat Hormat,

Nama Lengkap : .....  
Tempat, Tgl.Lahir : .....  
No. STRPK : .....  
Tgl. Masa berlaku STRPK : .....  
Lulusan : ..... Tahun.....  
Nama Sekolah : .....  
Alamat Rumah : Jl.....  
RT / RW .....Kelurahan/Desa .....  
Kecamatan.....Kota/Kabupaten.....  
Telepon / HP.....Kode Pos.....  
No.HP : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Psikolog Klinis (SIPPK) yg berlokasi di :

Tempat Bekerja 1 : .....(tuliskan nama sarana)  
Jl.....RT..... RW.....  
Kelurahan.....Kecamatan .....  
Wilayah Kerja Puskesmas .....  
Hari & Jam Praktek .....

Tempat Bekerja 2 : .....(tuliskan nama sarana)  
Jl.....RT..... RW.....  
Kelurahan.....Kecamatan .....  
Wilayah Kerja Puskesmas .....  
Hari & Jam Praktek .....

Tempat Bekerja 3 : .....(tuliskan nama sarana)  
Jl.....RT..... RW.....  
Kelurahan.....Kecamatan .....  
Wilayah Kerja Puskesmas .....  
Hari & Jam Praktek .....

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Photo copy E-KTP Kota Bandung/ Surat Keterangan E-KTP sedang dalam Proses dari Kecamatan setempat (bagi Tenaga Psikolog Klinis dengan E-KTP luar Kota Bandung melampirkan surat pengantar/rekomendasi dari Dinas Kesehatan setempat yg menyatakan belum / sudah berpraktik di wilayah tersebut)
2. Fotocopy Ijazah yang dilegalisasi asli
3. Foto copy STRPK yang dilegalisasi asli dan masih berlaku
4. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
5. Surat pernyataan memiliki tempat praktik
6. Pas foto berwarna terbaru latar Merah ukuran 3 X 4 cm sebanyak 6 (enam) lembar bukan hasil scanning atau repro
7. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi
8. Rekomendasi dari Puskesmas Setempat bagi yang praktik mandiri
9. Fotocopy SIPPK yang dimiliki
10. 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 BEKERJA**

---

---

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 sudah mempunyai tempat bekerja yang beralamat di :

Tempat Bekerja 1 : .....(tuliskan nama sarana)  
Jl.....RT..... RW.....  
Kelurahan.....Kecamatan .....  
Wilayah Kerja Puskesmas .....  
Hari & Jam Praktek .....

Tempat Bekerja 2 : .....(tuliskan nama sarana)  
Jl.....RT..... RW.....  
Kelurahan.....Kecamatan .....  
Wilayah Kerja Puskesmas .....  
Hari & Jam Praktek .....

Tempat Bekerja 3 : .....(tuliskan nama sarana)  
Jl.....RT..... RW.....  
Kelurahan.....Kecamatan .....  
Wilayah Kerja Puskesmas .....  
Hari & Jam Praktek .....

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Bandung,.....  
Pemohon,

Materai 6000,-

.....  
Nama Lengkap

**DENAH RUANGAN DAN DENAH LOKASI TEMPAT PRAKTIK**

---

---

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

---

**DENAH RUANGAN**

---

**DENAH LOKASI**

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

Bandung,.....

Pimpinan

.....

Perihal : Permohonan Pengesahan  
Dokumen SIPPK

Kepada Yth :  
Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung  
Jl.Supratman No.73  
di -

B a n d u n g

Dengat Hormat,

Nama Lengkap : .....  
Tempat, Tgl.Lahir : .....  
No. STRPK : .....  
Tgl. Masa berlaku STRPK : .....  
Lulusan : ..... Tahun.....  
Nama Sekolah : .....  
Alamat Rumah : Jl.....  
RT / RW .....Kelurahan/Desa .....  
Kecamatan.....Kota/Kabupaten .....  
Telepon / HP.....Kode Pos.....  
No.HP : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Pengesahan dokumen sebagai persyaratan Surat Izin Praktik Psikolog Klinis (SIPPK) yg berlokasi di :

Tempat Bekerja 1 : ..... (tuliskan nama sarana)  
Jl.....RT..... RW.....  
Kelurahan.....Kecamatan .....  
Wilayah Kerja Puskesmas .....  
Hari & Jam Praktek .....

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. STR yang masih berlaku dan dilegalisasi asli.
2. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi.
3. Denah Ruangan dan Denah Lokasi.
4. Rekomendasi Puskesmas setempat.

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

Bandung,.....  
Pemohon,

.....  
Nama Lengkap