

Hal : Permohonan Surat Izin Praktik
Tenaga Medis/Tenaga Kesehatan

.....
Kepada
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal, Pelayanan
Perizinan Terpadu Satu Pintu dan Tenaga Kerja
di –
Koba

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap dan Gelar :
Nomor Identitas (NIK) :
Tempat/Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Nomor Telp dan HP : Telp HP
e-mail :
Alamat sesuai KTP :
Desa/Kel Kec.
Kab/Kota Prov.

Dengan ini mengajukan permohonan mendapatkan Surat Izin Praktik (SIP) Tenaga Medis / Tenaga Kesehatan yang ke 1 / 2 / 3 * untuk praktik sebagai :

<input type="checkbox"/> Medis : <input type="checkbox"/> Dokter <input type="checkbox"/> Dokter Gigi <input type="checkbox"/> Dokter Spesialis <input type="checkbox"/> Dokter Sub Spesialis <input type="checkbox"/> Dokter Gigi Spesialis	<input type="checkbox"/> Psikologi : Psikologi Klinis <input type="checkbox"/> Gizi : <input type="checkbox"/> Dietisien <input type="checkbox"/> Gizi <input type="checkbox"/> Nutrisionis	<input type="checkbox"/> Keteknisan Medis : <input type="checkbox"/> Audiologis <input type="checkbox"/> Refraksionis <input type="checkbox"/> Optisien/Optomtris <input type="checkbox"/> Teknisi Kardiovaskular <input type="checkbox"/> Terapis Gigi dan Mulut <input type="checkbox"/> Teknisi Pelayanan Darah <input type="checkbox"/> Teknisi Gigi <input type="checkbox"/> Penata Anestesi <input type="checkbox"/> Perekam Medis dan Informasi Kesehatan
<input type="checkbox"/> Kebidanan : <input type="checkbox"/> Bidan <input type="checkbox"/> Bidan Pendidik	<input type="checkbox"/> Teknik Biomedika : <input type="checkbox"/> Analis Kesehatan <input type="checkbox"/> Elektromedis <input type="checkbox"/> Radiografer <input type="checkbox"/> Radioterapis <input type="checkbox"/> Fisikawan Medik <input type="checkbox"/> Ortotik Prostetik <input type="checkbox"/> Ahli Teknologi Laboratorium Medik	<input type="checkbox"/> Keperawatan : <input type="checkbox"/> Perawat Geriatri <input type="checkbox"/> Perawat Kesehatan Anak <input type="checkbox"/> Perawat Kesehatan Masyarakat <input type="checkbox"/> Perawat Maternitas <input type="checkbox"/> Perawat Medikal Bedah
<input type="checkbox"/> Kefarmasian <input type="checkbox"/> Apoteker <input type="checkbox"/> Farmasi <input type="checkbox"/> Tenaga Teknik Kefarmasian	<input type="checkbox"/> Kesehatan Lingkungan : <input type="checkbox"/> Sanitasi Lingkungan <input type="checkbox"/> Kesehatan Lingkungan <input type="checkbox"/> Lainnya	<input type="checkbox"/> Kesehatan Tradisional : <input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan Tradisional Ketrampilan <input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan Tradisional Ramuan
<input type="checkbox"/> Keterapihan Fisik: <input type="checkbox"/> Akupunktur <input type="checkbox"/> Fisioterapis <input type="checkbox"/> Okupasi Terapis <input type="checkbox"/> Terapis Wicara <input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan Lainnya		

* Pilih salah satu

Untuk persyaratan permohonan, dilampirkan hasil pindai (scan) dokumen asli (file pdf,jpg) sebagai berikut :

1. Permohonan
2. Pas photo uk 4 x 6
3. Surat Tanda Registrasi (STR)
4. Surat Keterangan Tempat Praktik
5. Bukti Pemenuhan Kompetensi (apabila tidak praktik lebih dari 5 tahun)
6. Bukti Kecukupan Satuan Kredit Profesi (SKP) beserta Surat Pernyataan untuk perpanjangan SIP
7. SIP ke-1 dan/atau SIP ke-2 untuk permohonan SIP ke-2 dan/atau SIP ke-3

Ket: Pemohon mengajukan permohonan, memasukan (input) data dan/atau meng-unggah (Upload) berkas (file) persyaratan melalui sistem informasi perizinan online atau aplikasi SICANTIK (<https://sicantik.go.id>) secara mandiri atau dapat meminta layanan perbantuan kepada Petugas Pelayanan (Front Office) di Dinas Penanaman Modal, Pelayanan Perizinan Terpadu Satu Pintu dan Tenaga Kerja (DPMPTK) Kabupaten Bangka Tengah setiap hari kerja mulai jam 8.00 s.d.15.00 WIB.

Demikian permohonan Surat Izin Praktik (SIP) ini saya buat dengan sebenarnya untuk dapat dikabulkan dan apabila dikemudian hari ternyata data dan/atau informasi serta lampiran tersebut tidak benar, maka saya menyatakan bersedia untuk dibatalkan Surat Izin Praktik yang telah saya miliki dan dituntut sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pemohon,

.....

SURAT KETERANGAN TEMPAT PRAKTIK

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap dan Gelar :

Nomor Identitas (NIK) :

Tempat/Tanggal Lahir :

Jenis Kelamin :

Nomor Telp dan HP : Telp HP

e-mail :

Alamat sesuai KTP :

Desa/Kel Kec.

Kab/Kota Prov.

Dengan ini menerangkan :

1. Memiliki tempat praktik untuk SIP ke : 1 / 2 / 3 di lokasi sebagai berikut :

SIP ke :	Jenis Praktik	Nama Tempat Praktik	Alamat Praktik
	Fasyankes		

2. Tempat praktik yang sudah memiliki SIP :

SIP ke :	Jenis Praktik (Mandiri/Fasyankes)	Nama Tempat Praktik	Alamat Praktik

3. Bahwa jam praktik tidak bersamaan waktu / jam praktik antar SIP (SIP 1/2/3).

Demikian surat keterangan tempat praktik ini dibuat dengan sebenar-benarnya, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya dan kepada yang berkepentingan untuk menjadi maklum.

.....
Mengetahui/Menyetujui
Pimpinan Fasyankes

.....
Pemohon

SURAT KETERANGAN TEMPAT PRAKTIK

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap dan Gelar :
Nomor Identitas (NIK) :
Tempat/Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Nomor Telp dan HP : Telp HP
e-mail :
Alamat sesuai KTP :
Desa/Kel Kec.
Kab/Kota Prov.

Dengan ini menerangkan :

1. Memiliki tempat praktik untuk SIP ke : 1 / 2 / 3 di lokasi sebagai berikut :

SIP ke :	Jenis Praktik	Nama Tempat Praktik	Alamat Praktik
	Mandiri		

2. Tempat praktik yang sudah memiliki SIP :

SIP ke :	Jenis Praktik (Mandiri/Fasyankes)	Nama Tempat Praktik	Alamat Praktik

3. Bahwa jam praktik tidak bersamaan waktu / jam praktik antar SIP (SIP 1/2/3).

Demikian surat keterangan tempat praktik ini dibuat dengan sebenar-benarnya, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya dan kepada yang berkepentingan untuk menjadi maklum.

.....,

Pemohon

.....

SURAT PERNYATAAN KECUKUPAN SKP

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap dan Gelar :
Nomor Identitas (NIK) :
Tempat/Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Nomor Telp dan HP : Telp HP
e-mail :
Alamat sesuai KTP :
Desa/Kel Kec.
Kab/Kota Prov.

Menyatakan bahwa :

- 1. Seluruh data/dokumen kecukupan SKP yang dipergunakan dalam proses pengusulan SIP adalah benar dan dapat saya pertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, baik dalam proses perolehannya maupun hal-hal berkaitan dengan dokumen yang bersangkutan.
2. Apabila saya terbukti melanggar surat pernyataan yang telah saya tanda tangani, maka saya bersedia menerima atau dikenakan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan bersedia dilakukan pencabutan SIP serta mempertanggung jawabkan perbuatan saya secara hukum.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya dan kepada yang berkepentingan untuk menjadi maklum.

.....

Yang Menyatakan,

Materai
Rp.10.000

.....

SURAT PERNYATAAN KECUKUPAN SKP

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap dan Gelar :
Nomor Identitas (NIK) :
Tempat/Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Nomor Telp dan HP : Telp HP
e-mail :
Alamat sesuai KTP :
Desa/Kel Kec.
Kab/Kota Prov.

Menyatakan bahwa :

1. Seluruh data/dokumen kecukupan SKP yang dipergunakan dalam proses pengusulan SIP adalah benar dan dapat kami pertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, baik dalam proses perolehannya maupun hal-hal berkaitan dengan dokumen yang bersangkutan.
2. Apabila kami terbukti melanggar surat pernyataan yang telah kami tanda tangani, maka kami bersedia menerima atau dikenakan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan bersedia dilakukan pencabutan SIP serta mempertanggung jawabkan perbuatan kami secara hukum.

Demikian surat pernyataan ini kami dibuat dengan sebenar-benarnya, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya dan kepada yang berkepentingan untuk menjadi maklum.

.....
Mengetahui/Menyetujui
Pimpinan Fasyankes

.....
Yang Menyatakan,

Materai
Rp.10.000

Keterangan :
Pernyataan Untuk Permohonan SIP (SIP 1/2/3) di tempat praktik Fasilitas Pelayanan Kesehatan harus diketahui/disetujui oleh Pimpinan tempat praktik

Catatan:

- Jumlah kecukupan SKP dapat diakses di portal <https://skp.kemkes.go.id/>
- Jika tidak diketemukan data NIK yang sesuai, segera lakukan pengkinian data anda (NIK) di sistem informasi pengumpulan SKP (P2KB) di profesi masing-masing
- Jika terdapat kesalahan data SKP, segera hubungi profesi anda untuk melakukan pengkinian data.
- Jika SKP anda memang belum tercukupi anda dapat mengikuti kegiatan sesuai dengan profesi anda di Plataran Sehat (lms.kemkes.go.id) atau kegiatan lain yang terakreditasi Kementerian Kesehatan
- Jika terdapat kesalahan data Jumlah SIP, segera hubungi dinas kesehatan/fasyankes anda untuk dilakukan pengkinian data di sisdmk.kemkes.go.id
- Bukti Pemenuhan Kompetensi dapat berupa sertipikat yang diperoleh setelah mengikuti pemenuhan kompetensi yang diselenggarakan oleh kementerian/kolegium/penyelenggara pendidikan.