**SURAT PERNYATAAN**

**PERNAH BERPRAKTIK DAN MEMILIKI STR**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : ……………………..

NIK : ……………………..

Tempat/Tanggal Lahir : ……………………..

Alamat : …………………..…………………..…………………..……….

……………………..……………………..……………………..……………………..……………………..……………………..……………………..……………………..……………………..………

Nomor Telepon : ……………………..

Alamat email aktif : ……………………..

dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya, bahwa saya pernah melakukan praktik keprofesian selama ……1) tahun (daftar terlampir) dan memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) Profesi…………………..2). Adapun surat pernyataan ini dibuat sebagai salah satu persyaratan Seleksi Calon Anggota Kolegium Kesehatan Indonesia sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya. Saya bersedia dituntut di muka pengadilan serta bersedia menerima konsekuensi apabila di kemudian hari terbukti pernyataan saya ini tidak benar.

................., ...........................2024





Keterangan :

1). Sebutkan jumlah akumulasi periode waktu melaksanakan praktik keprofesian

2). Sebutkan Profesi dalam STR

**Daftar Lampiran**

**Surat Pernyataan Pernah Berpraktik dan Memiliki STR**

| **No** | **Kab/Kota - Provinsi** | **Fasilitas Pelayanan Kesehatan** | **Periode**  **SIP** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |