|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | Sumedang, .......................... |
| Perihal | : | Permohonan Surat Izin Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik (SIP-ATLM) |  | Kepada Yth,  Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Sumedang |
|  |  |  |  | Di  SUMEDANG |

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Lengkap | : | ............................................................................. |
| Alamat | : | ............................................................................. |
| Tempat/Tanggal Lahir | : | ............................................................................. |
| Jenis Kelamin | : | ............................................................................. |
| Tahun Lulusan | : | ............................................................................. |
| Nomor STR-ATLM | : | ............................................................................. |

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik (SIP-ATLM) pada ................................ ..................................... (sebut nama fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktik dan alamat).

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

1. Scan Ijazah asli;
2. Scan STR-ATLM atau STR-ATLM sementara bagi tenaga kesehatan warga negara asing;
3. Scan surat keterangan sehat dari dokter yang mempunyai Surat Izin Praktik;
4. Scan surat keterangan bekerja dari fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan;
5. Pas foto berwarna terbaru berlatarbelakang merah;
6. Rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sumedang;
7. Scan Rekomendasi dari Organisasi Profesi; dan
8. Scan SIP-ATLM pertama (untuk permohonan SIP-ATLM yang kedua).

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

|  |  |
| --- | --- |
|  | ......................................, 20....  Yang memohon,  ............................. |