|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | Sumedang, .......................... |
| Perihal | : | Permohonan Surat Izin Praktik Penata Anestesi (SIPPA) |  | 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 | : | ............................................................................. |

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Penata Anestesi pada ................................ ..................................... (sebut nama fasilitas pelayanan kesehatan, alamat, nama kota, kabupaten/kota) sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2016 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Penata Anestesi.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Scan Ijazah;
2. Scan STRPA yang masih berlaku;
3. Scan surat keterangan sehat dari dokter yang mempunyai Surat Izin Praktik;
4. Pas foto berwarna terbaru berlatarbelakang merah;
5. Scan surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan atau yang menyatakan masih bekerja pada fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan;
6. Rekomendasi dari IPAI.

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

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