|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | Sumedang, .......................... |
| Perihal | : | Permohonan Surat Ijin Kerja Optometris |  | Kepada Yth,Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Sumedang |
|  |  |  |  | DiSUMEDANG |

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Lengkap | : | ............................................................................. |
| Alamat | : | ............................................................................. |
| Tempat, Tanggal Lahir | : | ............................................................................. |
| Jenis Kelamin | : | ............................................................................. |
| Tahun Lulusan | : | ............................................................................. |
| Nomor STRO | : | ............................................................................. |

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Ijin Kerja Optometris (SIKO) pada ................................ ..................................... (sebut nama fasilitas pelayanan kesehatan dan alamat).

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

1. Scan Ijazah asli;
2. Scan STRO;
3. Scan surat keterangan sehat dari dokter yang mempunyai Surat Izin Praktik;
4. Scan Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan;
5. Pas foto berwarna terbaru berlatarbelakang merah;
6. Rekomendasi Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sumedang;
7. Scan Rekomendasi dari IROPIN; dan
8. Scan SIKO pertama (untuk permohonan SIKO yang kedua).

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

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