

FORMULIR IZIN PRAKTEK DOKTER



Kepada

Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kota Tidore Kepulauan
di

Tidore

Dengan Hormat,

Dengan ini kami mengajukan permohonan izin untuk mendapatkan Izin Praktik Dokter Umum*/Dokter Gigi*/Dokter Spesialis*/Dokter Gigi Spesialis* (coret yang tidak perlu *)

Nama :
NIK :
Alamat Lengkap :
Tempat Paraktek :
Alamat Praktek :
No. Telp/HP Whatsapp :
Email :

Untuk melengkapi permohonan ini kami lampirkan bahan-bahan sebagai berikut :

1. Nomor Induk Kependudukan (NIK);
2. Surat pernyataan domisili yang disahkan oleh desa (bagi yang alamat NIK tidak sesuai dengan alamat tempat tinggal);
3. Softcopy STR yang masih berlaku; dibuktikan dengan menunjukkan STR asli kepada petugas Front Office DPMPTSP;
4. *Softcopy* ijazah;
5. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik, atau surat keterangan dari fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat praktik;
6. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi Dokter dan Dokter Gigi yang bekerja pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan lain secara purna waktu;
7. Surat rekomendasi dari organisasi profesi, sesuai tempatpraktik;
8. Surat rekomendasi dari Kepala Puskesmas setempat;
9. *Softcopy* hasil pemeriksaan kualitas air yang memenuhi syarat dan masih berlaku (**bagi dokter gigi dan dokter gigi spesialis praktik mandiri**);
10. SIP yang telah dimiliki, untuk permohonan SIP Dokter yang kedua dan ketiga;
11. Surat keterangan selesai melakukan adaptasi bagi tenaga medis lulusan luar negeri; dan
12. Pasfoto berwarna terbaru (dengan format jpeg).

Persyaratan Permohonan untuk Dokter Internsip

1. Nomor Induk Kependudukan (NIK);
2. Surat pernyataan domisili yang disahkan oleh desa, bagi yang alamat NIK tidak sesuai dengan alamat tempat tinggal;
3. *Softcopy* Ijazah;
4. Softcopy STR untuk kewenangan internsip yang diterbitkan oleh KKI atau tanda terima pengurusan STR dari KKI; sedangkan STR asli ditunjukkan kepada petugas Front Office DPMPTSP.
5. Surat keterangan dari Komite Internsip Dokter Indonesia;
6. Surat rekomendasi dari organisasi profesi, sesuai tempat praktik;
7. Surat keterangan berbadan sehat dari dokter yang memiliki SIP; dan pasfoto berwarna terbaru (dengan format jpeg).

Demikian permohonan ini saya buat dengan sesungguhnya apabila tidak sesuai, saya bersedia di tuntutan sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Tidore,

Pemohon



081242258229/082134692332



dpmpsp tidore