

Tegal,

Perihal : Permohonan Izin Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik

Kepada
Yth. Walikota Tegal
Cq. Kepala DPM PTSP

di
Kota Tegal

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :
Alamat :
Tempat/Tanggal lahir :
Nomor HP :
Nomor STR :
Tanggal STR :
Masa Berlaku STR s.d :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Izin Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik pada
.....
(sebut nama sarana kesehatan atau tempat praktik, dan alamat).

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Yang memohon,

(.....)

CHECK LIST PERMOHONAN IZIN PRAKTIK AHLI TEKNOLOGI
LABORATORIUM MEDIK

No	Berkas	Pemohon	Petugas	Keterangan
1	Formulir Permohonan			
2	Fotokopi KTP			
3	Fotokopi STR			
4	Fotokopi Ijazah			
5	Surat Keterangan Sehat dari Dokter Yang Memiliki Surat Izin Praktik			
6	Surat Pernyataan / Keterangan Mempunyai Tempat Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan			
7	Rekomendasi dari Dinkes			
8	Rekomendasi dari Organisasi Profesi			
9	Surat kuasa bermaterai jika pengurusan izin diwakilkan			

Sesuai / Ada : √
Tdk Sesuai / Tdk Ada : X

Tegal,.....

Pemohon,

Petugas Locket,

(.....)

(.....)

Ketentuan Izin Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik :

1. Ahli Teknologi Laboratorium Medik hanya dapat memiliki paling banyak 2 (dua) SIP-ATLM.
2. SIP-ATLM sebagaimana dimaksud pada point (1) masing-masing berlaku hanya untuk 1 (satu) tempat praktik.
3. Permohonan SIP-ATLM kedua dapat dilakukan dengan menunjukan bahwa yang bersangkutan telah memiliki SIP-ATLM pertama.