

Tegal,

Perihal : Permohonan Izin Praktik Perawat

Kepada
Yth. Wali Kota Tegal
c.q. 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 Perawat pada
.....
.....
.....
(sebut nama sarana kesehatan atau tempat praktik, dan alamat).

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Pemohon ,

(.....)

CHECK LIST PERMOHONAN IZIN PRAKTIK PERAWAT

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 Praktik atau 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 Perawat :

- 1. Perawat dapat menjalankan praktik keperawatan di fasilitas pelayanan kesehatan di luar praktik mandiri dan/atau praktik mandiri.
- 2. Perawat yang menjalankan praktik mandiri berpendidikan minimal Diploma III (D III) Keperawatan.
- 3. Perawat hanya dapat menjalankan praktik keperawatan paling banyak di 1 (satu) tempat praktik mandiri dan di 1 (satu) tempat fasilitas pelayanan kesehatan di luar praktik mandiri.