PEMERINTAH KABUPATEN PANGKAJENE DAN KEPULAUAN
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
Jalan Sultan Hasanuddin Nomor 40 Pangkajene Telp.(0410) 22008 KP. 90611

PERMOHONAN SURAT IZIN PRAKTIK FISIOTERAPI MANDIRI

Kepada Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan
Terpadu Satu Pintu
Kabupaten Pangkep
di -
Pangkajene

Yang bertanda tangan di bawah ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek Fisioterapi* mandiri sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 80 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan dan Izin Praktik Fisioterapis

Nomor KTP :
Nama Lengkap :
Alamat Rumah :

Nomor Telp/HP :
Tempat/Tgl Lahir :
Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan
Permohonan Izin ☐ Baru ☐ Perpanjangan ☐ Perubahan
Alamat Tempat Bekerja :
Alamat Tempat Praktek :
Nomor STRP :
STRP Berlaku s/d :
No. Rekomendasi IFI :
No. Rekomendasi OP :
Email :
Kode Pos :

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini dilampirkan :

1. Surat Permohonan bermaterai 10000 (1 Lembar);
2. Foto Copy KTP Setempat (2 Lembar);
3. Foto Copy IMB (2 Lembar);
4. Foto Copy Kartu Vaksin;
5. Pas Foto Berwarna ukuran 4 x 6 (4 Lembar);
6. Foto Copy NIB (OSS)
7. Bagi permohonan perpanjangan melampirkan dokumen izin yang lama
8. Foto Copy PBB Yang Telah Lunas;
9. Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab. Pangkep
   Persyaratan untuk mendapatkan Rekomendasi dari Dinas Kesehatan antara lain
   a. Surat Keterangan berbadan sehat
   b. Rekomendasi dari Organisasi Profesi
   c. Foto Copy STRF

Syarat tersebut akan diverifikasi oleh Bidang Sumber Daya Kesehatan
Demikian Permohonan ini diajukan dan atas Persetujuannya diucapkan terima kasih.

.....,.....

Pemohon,

materai
10000

_____