



**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	:	<input type="checkbox"/>		Laki-laki		<input type="checkbox"/>		Perempuan					
Permohonan Izin		<input type="checkbox"/>		Baru		<input type="checkbox"/>		Perpanjangan		<input type="checkbox"/>		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. Melampirkan Pemenuhan SKP bagi permohonan Perpanjangan
 9. Foto Copy PBB Yang Telah Lunas;
 10. 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