



PERMOHONAN SURAT IZIN PRAKTIK FISIOTERAPI

**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 Praktik Fisioterapi* sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 80 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan dan Praktik Fisioterapi

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							
Tempat Bekerja	:													
Tempat Praktik	:													
Alamat Praktik	:													
Nomor STR	:													
STRP Berlaku s/d	:													
Nomor Rekomendasi IFI	:													
No. Rekomendasi OP	:													
Email	:													
Kode Pos	:													

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini dilampirkan :

- 1 Surat Permohonan Bermaterai 10000 (1 Lembar);
 - 2 Fotocopy KTP Pemohon (2 Lembar);
 - 3 Pasfoto warna 4 x 6 (4 Lembar);
 - 4 Bagi permohonan perpanjangan melampirkan dokumen izin yang lama
 - 5 Foto copy Kartu Vaksin
 - 6 Foto Copy Kartu Baznas (Bagi PNS)
 - 7 Melampirkan Bantuan Surat SKP bagi pemohon yang berjumlahan

Melampirkan Pemenuhan SKP bagi permohonan Perpanjangan Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab. Pangkep

- Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten
Persyaratan untuk mendapatkan rekomendasi

 - a. Surat Keterangan Berbadan Sehat
 - b. Rekomendasi dari Organisasi Profesi
 - c. Fotocopy STRF

Syarat tersebut akan di verifikasi oleh Bidang Sumber Daya Kesehatan

Demikian permohonan ini diajukan dan atas persetujuannya diucapkan terima kasih.

Pemohon

MATERIAL 10000

)*coret yang tidak perlu