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 PERAWAT GIGI (SIPPG) 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 Praktik Perawat Gigi Mandiri (SIPPG) sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI No.20 Tahun 2016 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Terapis Gigi dan Mulut.

Nomor KTP :
Nama Lengkap :
Alamat Rumah :
Nomor Telp/HP :
Tempat/Tgl Lahir :
Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan
Permohonan Izin ☐ Baru ☐ Perpanjangan ☐ Perubahan
Alamat Tempat Praktik :
Nomor STRG :
STRG Berlaku s/d :
No. Rekomendasi PPGI :
Email :
Kode Pos :

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini dilampirkan :

1. Surat Permohonan bermaterai 6000 (1 Lembar);
2. Fotocopy KTP Pemohon (2 Lembar);
3. Pas Foto berwarna ukuran 4 x 6 (4 Lembar);
4. Bagi permohonan perpanjangan melampirkan dokumen izin yang lama
5. Melampirkan Pemenuhan SKP bagi permohonan Perpanjangan
6. Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab. Pangkep
   Persyaratan untuk mendapatkan Rekomendasi dari Dinas Kesehatan antara lain :
   a. Surat Keterangan berbadan sehat
   b. Foto Copy STRPG
   c. Surat Pernyataan sanggup melakukan pekerjaan sebagai perawat gigi

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

....., ...

Pemohon,

materai
6000

_____