PEMERINTAH KABUPATEN PANGKAJENE DAN KEPULAUAN
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
Jalan Sultan Hasanuddin Nomor 40, Tumampua, Pangkajene, Pangkajene Kepulauan, Sulawesi Selatan 90614
Website : https://dpmptsp.pangkepkab.go.id email : ptsp.kab.pangkajene@gmail.com

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	:	
Email	:	
Kode Pos	:	

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini dilampirkan :

1. Surat Permohonan (1 Lembar);
2. Foto Copy KTP Setempat (2 Lembar);
3. Foto Copy PBG (2 Lembar);
4. Pas Foto Berwarna ukuran 4 x 6 (4 Lembar);
5. Foto Copy NIB (OSS)
6. Bagi permohonan perpanjangan melampirkan dokumen izin yang lama
7. Melampirkan Pemenuhan SKP bagi permohonan Perpanjangan
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. Foto Copy STRF

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

…………………………,……………………………………………………………………

Pemohon,

____