



PEMERINTAH KOTA MALANG DINAS KESEHATAN

Jalan Simpang L.A. Sucipto No. 45 Telp. (0341) 406878 Fax. (0341) 406879
www.dinkes.malangkota.go.id e-mail : dinkes@malangkota.go.id
MALANG Kode Pos 65124

PENGUMUMAN

Nomor : 445/508/35.73.302/2019

TENTANG PENERIMAAN ENUMERATOR FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA RISET FASILITAS KESEHATAN DI KOTA MALANG TAHUN 2019

Berdasarkan surat Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur nomor 440/2025/102.1/2019 tanggal 12 Februari 2019 perihal Pelaksanaan Rekrutmen Enumerator FKTP Rifaskes Provinsi, dengan ini diumumkan penerimaan enumerator Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes) di Kota Malang Tahun 2019 sejumlah 6 (enam) orang dengan persyaratan dan ketentuan sebagai berikut :

A. Persyaratan

1. Umum

- a. Berijazah pendidikan minimal diploma III (tiga) bidang kesehatan, diutamakan diploma III keperawatan atau kebidanan;
- b. Berusia setinggi-tingginya 45 tahun pada saat pelaksanaan pengumpulan data;
- c. Tidak bekerja sebagai aparatur sipil negara (ASN) atau pegawai swasta;
- d. Sehat jasmani dan rohani yang dibuktikan dengan surat keterangan sehat dari Puskesmas atau rumah sakit;
- e. Bagi wanita tidak sedang hamil dan bersedia tidak hamil selama pengumpulan data;
- f. Tidak sedang terlibat dalam riset lain;
- g. Tidak sedang menjalani pendidikan;
- h. Bersedia mengikuti seluruh rangkaian riset mulai bulan Maret sampai dengan Mei 2019;
- i. Bersedia ditempatkan dimanapun di wilayah Kota Malang;
- j. Bersedia bekerja secara mandiri maupun bekerja bersama dalam tim
- k. Memiliki jaminan kesehatan (Kartu Indonesia Sehat dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJSK) atau asuransi kesehatan lain);
- l. Memiliki notebook dan mampu mengoperasikannya terutama aplikasi microsoft word, microsoft excel dan SPSS;
- m. Mampu mengendarai kendaraan bermotor roda dua;
- n. Diutamakan yang sudah pernah terlibat dalam suatu penelitian/pernah mengikuti pelatihan penelitian atau kursus yang terkait dengan profesi yang disandang; dan
- o. Diutamakan yang sudah menjadi anggota organisasi profesi

2. Administrasi

- a. Surat lamaran bermeterai 6.000 ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Malang, Jalan Simpang L.A Sucipto Nomor 45 Malang;
- b. Daftar riwayat hidup/*curriculum vitae*;
- c. Foto kopi ijazah terakhir dan transkrip nilai akademik yang telah dilegalisasi;
- d. Foto kopi kartu tanda penduduk atau surat keterangan domisili dari kepala desa/lurah;
- e. Pas foto berwarna ukuran 4 X 6 cm;

- f. Surat keterangan sehat dari Puskesmas atau rumah sakit;
- g. Foto kopi Kartu Indonesia Sehat dari BPJS Kesehatan atau asuransi kesehatan lain;
- h. Foto kopi surat ijin mengemudi C
- i. Foto kopi sertifikat/surat keterangan pernah terlibat dalam suatu penelitian/pernah mengikuti pelatihan penelitian atau kursus yang terkait dengan profesi yang disandang (jika ada);
- j. Foto kopi kartu keanggotaan organisasi profesi (jika ada); dan
- k. Surat pernyataan sebagaimana terlampir

B. Tahapan

No	Tahapan	Waktu	Keterangan
1	Pengumuman	26 Februari 2019	Website dan Papan Pengumuman Dinas Kesehatan Kota Malang
2	Pendaftaran	26 Februari s/d 1 Maret 2019	Dinas Kesehatan Kota Malang
3	Seleksi Administrasi	27 Februari s/d 3 Maret 2019	Dinas Kesehatan Kota Malang
4	Pengumuman Hasil Seleksi Administrasi	4 Maret 2019	Website dan Papan Pengumuman Dinas Kesehatan Kota Malang
5	Tes Wawancara	5 s/d 8 Maret 2019	Dinas Kesehatan Kota Malang
6	Pengumuman Hasil Akhir	11 Maret 2019	Website dan Papan Pengumuman Dinas Kesehatan Kota Malang

C. Ketentuan Lain

1. Surat lamaran dan lampiran persyaratan dimasukkan dalam amplop berwarna coklat dikirimkan kepada Dinas Kesehatan Kota Malang, Jalan Simpang L.A Sucipto Nomor 45 Malang, selambat-lambatnya pada Tanggal 1 Maret 2019 Pukul 15.00 WIB;
2. Bagi peserta yang dinyatakan lulus seleksi administrasi, dilanjutkan dengan tes wawancara sesuai jadwal tersebut diatas dengan membawa asli dokumen persyaratan;
3. Seluruh proses penerimaan tidak dipungut biaya dan bebas dari korupsi, kolusi dan nepotisme;
4. Bagi yang diterima tetapi setelah dilakukan verifikasi kembali ternyata melakukan pemalsuan dokumen dan/atau identitas maka akan digantikan oleh peserta yang lain sesuai ranking;
5. Dinas Kesehatan Kota Malang tidak bertanggung jawab atas pungutan/biaya apapun oleh oknum yang mengatasnamakan Dinas Kesehatan Kota Malang dan/atau panitia.

Dikeluarkan di : Malang
 Pada Tanggal : 26 Februari 2019

KEPALA DINAS KESEHATAN
 KOTA MALANG,

 Dr. dr. ASIH TRI RACHMI NUSWANTARI, MM.
 Pembina Utama Muda
 NIP. 19610905 198903 2 005

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Nomor Induk Kependudukan :

Alamat :

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa :

1. Bagi wanita tidak sedang hamil dan bersedia tidak hamil selama pengumpulan data;
2. Tidak sedang terlibat dalam riset lain;
3. Tidak sedang menjalani pendidikan;
4. Bersedia mengikuti seluruh rangkaian riset mulai bulan Maret sampai dengan Mei 2019;
5. Bersedia ditempatkan dimanapun di wilayah Kota Malang;
6. Bersedia bekerja secara mandiri maupun berkerja bersama dalam tim; dan
7. Memiliki notebook dan mampu mengoperasikannya terutama aplikasi microsoft word, microsoft excel dan SPSS.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya tanpa adanya paksaan dan/atau tekanan dari siapapun.

Malang,

Yang Menyatakan,

Meterai 6.000
