

Perihal : Permohonan Surat Ijin  
Praktik ( SIP )

K e p a d a  
Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Malang  
Jl. Simpang Laksda Adisucipto No. 45  
di

**MALANG**

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : .....  
Alamat Rumah : .....  
Tempat/Tgl Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Lulusan / Tahun : .....  
Nomor STR : .....  
No. SIP \*) : .....  
Unit Kerja : .....  
Anggota Organisasi Profesi ( IDI / PDGI ) : Ya / Tidak .....  
No. Rekom (IDI/PGDI) : .....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

1. Foto copy KTP 1 lbr;
2. Foto copy STR yang diterbitkan dan dilegalisasi oleh KKI yang masih berlaku sebanyak jumlah tempat praktik;
3. - Foto copy SK Pertama dan SK Pangkat Terakhir bagi PNS  
- Foto copy SK pengangkatan sebagai pegawai honorer atau pegawai Tetap yang bekerja di sarana swasta  
- Foto copy SK Pensiun bagi yang purna tugas
4. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi Dokter dan Dokter Gigi yang bekerja pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan lain secara purna waktu;
5. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik, atau surat keterangan dari fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya;
6. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi di wilayah tempat praktik yang masih berlaku;
7. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 X 6 sebanyak tempat praktik + 1 lbr untuk registrasi;
8. Surat keterangan dari Kepala Dinas Kesehatan tempat asal (jika tempat kerja pemohon berada di luar Kota Malang atau mempunyai tempat praktik di luar Kota Malang);

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu, kami sampaikan terima kasih

Malang, .....

P e m o h o n

( ..... )

\*) Untuk Perpanjangan Asli SIP Lama diserahkan

\*\*) Coret Yang Tidak Perlu



## **SURAT PERNYATAAN MEMILIKI TEMPAT PRAKTIK**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....

Tempat / Tanggal Lahir : .....

No. STR : .....

Masa Berlaku STR : .....

Tempat Bekerja : .....

Alamat Rumah Sekarang : .....

Alamat Rumah Sesuai KTP : .....

Dengan ini menyatakan bahwa saya memiliki tempat praktik ( Dokter Umum / Dokter Gigi /  
Dokter Spesialis / Dokter Gigi Spesialis \*) di wilayah Kota Malang sebagai berikut :

1. ....
2. ....
3. ....

Demikian pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Malang, .....

Yang Membuat Pernyataan

Materai Rp. 6.000,-
------------------------

*\*)coret yang tidak perlu*

.....

## **SURAT PERNYATAAN ATASAN LANGSUNG**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....  
NIP : .....  
Jabatan : .....  
Instansi : .....  
Alamat Instansi : .....

Menyatakan tidak keberatan / menyetujui kepada Dokter yang tersebut di bawah ini :

Nama : .....  
NIP : .....  
Jabatan : .....  
Instansi : .....  
Alamat Instansi : .....  
Alamat Rumah : .....

Untuk melaksanakan praktik kedokteran pada fasilitas pelayanan kesehatan lain sepanjang tidak mengganggu tugas kedinasannya.

Demikian Surat Pernyataan ini kami buat untuk di pergunakan sebagaimana mestinya dengan penuh rasa tanggung jawab.

Malang , .....

Kepala .....

Tanda tangan kepala  
dan stempel instansi

.....  
NIP.

Perihal : Permohonan Surat Izin  
Praktik ( SIP ) Internsip

K e p a d a  
Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Malang  
Jl. Simpang Laksda Adisucipto No. 45  
di  
**MALANG**

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : .....  
Alamat Rumah : .....  
Tempat/Tgl Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Lulusan / Tahun : .....  
Nomor STR : .....  
No. Rekom (IDI/PGDI) : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik (SIP) Dokter  
Internsip dengan alamat di :

.....  
.....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

1. STR untuk kewenangan internsip yang diterbitkan oleh KKI;
2. Surat keterangan dari Komite Internsip Dokter Indonesia;
3. Surat rekomendasi dari organisasi profesi sesuai tempat praktik;
4. Pas foto berwarna ukuran 4x6 sebanyak 2 (dua) lembar.

Demikian atas perhatian Bapak / Ibu, kami ucapkan terima kasih.

Malang, .....  
Pemohon

( ..... )