|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Kepada

Yth.Bupati Kotawaringin Barat

u.p. Kepala Dinas Penanaman Modal dan

PTSP Kabupaten Kotawaringin Barat

di-

Pangkalan Bun

**Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik**

**Okupasi Terapis (SIPOT)/ Surat**

**Izin Kerja Okupasi Terapis (SIKOT)**

Dengan hormat,

Yang bertanda-tangan dibawah ini :

Nama lengkap : .................................................................................................

Alamat : .................................................................................................

.................................................................................................

Tempat, tanggal lahir : .................................................................................................

Jenis Kelamin : .................................................................................................

Tahun Lulusan : .................................................................................................

Nomor STROT : .................................................................................................

No telp/HP : .................................................................................................

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Okupasi Terapis (SIPOT)/Surat Izin Kerja Okupasi Terapis (SIKOT) pada :

..............................................................................................................................................

Alamat..................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

(sebut nama fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktik, dan alamat)

Sebagai bahan pertimbanganbersama ini dilampirkan :

1. Fotokopi Ijazah yang dilegalisir
2. Fotokopi STROT
3. Surat Keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
4. Surat pernyataan mempunyai tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan (Aktif Kerja)
5. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik pelayanan secara mandiri
6. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4X6 cm sebanyak 4 (empat) lembar berlatar belakang merah
7. Rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau pejabat yang ditunjuk
8. Rekomendasi dari Organisasi Profesi yaitu IOTI (Ikatan Okupasi Terapis Indonesia)
9. SIPOT atau SIKOT pertama/kedua (untuk permohonan SIPOT atau SIKOT yang kedua/ketiga)
10. Fotokopi KTP (bila alamat tempat tinggal sekarang berbeda dengan KTP lampirkan keterangan domisili dari kelurahan)
11. Fotokopi NPWP (bila ada)
12. Rangkap 2

Demikian permohonan ini kami sampaikan atas perhatiannyadiucapkan terima kasih.

......................., .....................................

Yang memohon,

Materai 10000/

Materai 6000X2

................................