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

 Kepada

 Yth.Bupati Kotawaringin Barat

 u.p. Kepala Dinas Penanaman Modal dan

 PTSP Kabupaten Kotawaringin Barat

 di-

 Pangkalan Bun

**Perihal : Permohonan Surat Izin Kerja**

 **Tenaga Sanitarian (SIKTS)**

Dengan hormat,

Yang bertanda-tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : .................................................................................................

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

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

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

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

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

Nomor STRTS : .................................................................................................

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

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin KerjaTenaga Sanitarian (SIKTS) pada................................................................................................................................ ....................................................................................................................................................

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

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

(sebut nama fasilitas pelayanan kesehatan dan alamat)

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini terlampir :

1. Fotokopi Ijazah yang dilegalisir
2. Fotokopi STRTS
3. Surat Keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
4. Surat Pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan (Aktif Kerja)
5. Pas foto berwarna terbaruukuran 4 X 6 cm sebanyak 4 (empat) lembar berlatar belakang merah
6. Rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau pejabat yang ditunjuk
7. Rekomendasi dari Organisasi Profesi (HAKLI)
8. Fotokopi SIKTS pertama (untuk permohonan SIKTS yang kedua)
9. Fotokopi KTP (bila alamat tempat tinggal sekarang berbeda dengan KTP lampirkan keterangan domisili dari kelurahan)
10. Fotokopi NPWP (bila ada)
11. Rangkap 2

Demikian permohonan ini kami sampaikan atas perhatiannyadiucapkan terima kasih.

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

Yang memohon,

Materai 10000/

 Materai 6000X2

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