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

 Kepada

 Yth.Bupati Kotawaringin Barat

 u.p. Kepala Dinas Penanaman Modal dan PTSP Kabupaten Kotawaringin Barat

 di-

 Pangkalan Bun

**Perihal : Permohonan Surat Izin Kerja**

 **Radiografer (SIKR)**

Dengan hormat,

Yang bertanda-tangan dibawah ini :

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

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

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

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

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

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

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Kerja Radiografer (SIKR) pada .............................................................................................................................

Alamat lengkap .........................................................................................................................

............................................................................................................................................. sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 17 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 81 Tahun 2013 Penyelenggaraan Pekerjaan Radiografi.

Sebagai bahan pertimbanganbersama ini kami lampirkan :

1. Fotokopi Ijazah Radiografer
2. Fotokopi sertifikat kompetensi
3. Fotokopi Surat Tanda Registrasi Radiografer (STRR)
4. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
5. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktik (Aktif Kerja)
6. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 X 6 sebanyak 4 (empat) lembar berlatar belakang merah
7. Rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau pejabat yang ditunjuk
8. Rekomendasi dari Organisasi Profesi (PARI)
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

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