**Perihal : Permohonan Surat Izin Kerja**

**Tenaga Sanitarian (SIKTS)**

Kepada Yth.

Kepala Dinas Penanaman Modal dan

Pelayanan Terpadu Satu Pintu

Kabupaten Humbang Hasundutan

di DOLOKSANGGUL

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Lengkap | : | ………………………………………………………………………………… |
| Alamat | : | ………………………………………………………………………………… |
| Tempat/Tanggal lahir | : | ………………………………………………………………………………… |
| Jenis Kelamin | : | ………………………………………………………………………………… |
| Tahun Lulusan | : | ………………………………………………………………………………… |
| Nomor STRTS | : | ………………………………………………………………………………… |

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik (SIP-ATLM) pada : ………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini lampirkan :

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;
5. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4X6 cm sebanyak 2 (dua) lembar berlatar belakang merah;
6. Pemenuhan kecukupan Satuan Kredit Profesi (SKP); dan
7. SIKTS pertama (untuk permohonan SIKTS yang kedua).

Demikian atas perhatian Bapak kami ucapkan terima kasih.

........................................ 2025

Yang memohon,

Materai

Rp. 10.000,-

(....................................................)