**Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik**

 **Ahli Teknologi Laboratorium Medik (SIP-ATLM)**

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 STR-ATLM | : | ………………………………………………………………………………………………... |

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

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini lampirkan :

a. Fotokopi ijazah yang dilegalisasi;

b. Fotokopi STR-ATLM;

c. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik;

d. Surat keterangan bekerja dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang bersangkutan;

e. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4X6 cm berlatar belakang merah;

f. Pemenuhan kecukupan Satuan Kredit Profesi (SKP); dan

h. SIP-ATLM pertama (untuk permohonan SIP-ATLM yang kedua).

Demikian atas perhatian Bapak kami ucapkan terima kasih.

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

 Yang memohon,

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