

**FORMULIR PERMOHONAN IZIN PRAKTIK AHLI TEKNOLOGI  
LABORATORIUM MEDIK**

Nomor :  
Lampiran :  
Perihal : Permohonan Izin Praktik Ahli Teknologi  
Laboratorium Medik

Kepada Yth,  
Kepala Dinas Penanaman Modal dan  
Pelayanan Terpadu Satu Pintu  
Kabupaten Siak  
di-  
Siak Sri Indrapura

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap : .....  
Alamat : .....  
Tempat/Tanggal lahir : .....  
No.Telp./HP : .....  
Email : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Nomor STR-ATLM : .....  
Nama Tempat Praktik : .....  
Alamat Tempat Praktik : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Izin Praktik Ahli Teknologi  
Laboratorium Medik

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini lampirkan :

1. Fotokopi KTP Pemohon;
2. Surat Kuasa dan Fotokopi KTP apabila Pengurusan diwakilkan;
3. Fotokopi NPWP
4. Fotokopi ijazah Teknologi Laboratorium Medik dilegalisir pejabat berwenang
5. Fotokopi STR-ATLM yang masih berlaku dilegalisir
6. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan kab.Siak
7. Surat Keterangan Sehat dari Dokter Pemerintah
8. Surat Keterangan tempat praktik dari pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan
9. Pas foto berwarna ukuran 3x4 (2 lembar)
10. Fotokopi SIP-ATLM pertama untuk pengajuan SIP-ATLM yang kedua
11. Pengajuan SIP-ATLM yang ketiga harus melampirkan :
  - Fotokopi SIP-ATLM pertama dan kedua
  - Surat persetujuan atasan langsung bagi ahli laboratorium medik yang bekerja pada fasilitas pelayanan kesehatan
  - Surat rekomendasi dari Dinas Kesehatan Provinsi Riau

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....2024....

Yang memohon,



( ..... )

PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN/KOTA ...

SURAT IZIN PRAKTIK AHLI TEKNOLOGI LABORATORIUM MEDIK (SIP-ATLM)

Nomor ...

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor ... tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik, yang bertanda tangan di bawah ini, Bupati Kabupaten /Walikota Kota ... memberikan izin praktik kepada:

\_\_\_\_\_  
(Nama Lengkap)

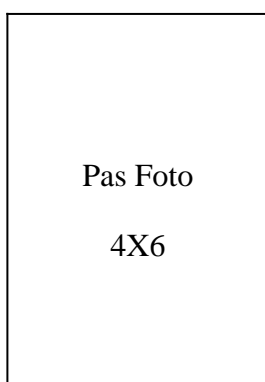
Tempat/tanggal lahir : .....

Alamat : .....

Nomor STR-ATLM : .....

Untuk bekerja sebagai Ahli Teknologi Laboratorium Medik di ... (tempat dan alamat lengkap fasilitas pelayanan kesehatan)

Surat Izin Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik (SIP-ATLM) ini berlaku sampai dengan tanggal ... (sesuai pemberlakuan STR-ATLM)



Dikeluarkan di .....  
Pada tanggal .....

Bupati Kabupaten /Walikota Kota .....

(.....)

Tembusan :

1. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi ...;
2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota ...;
3. Ketua Persatuan Ahli Teknologi Laboratorium Medik Kesehatan Indonesia (PATELKI) cabang ...; dan
4. Peninggal.

**FORMULIR PERMOHONAN PERPANJANGAN IZIN PRAKTIK AHLI  
TEKNOLOGI LABORATORIUM MEDIK**

Nomor :  
Lampiran :  
Perihal : Permohonan Perpanjangan  
Izin Praktik Ahli Teknologi  
Laboratorium Medik

Kepada Yth,  
Kepala Dinas Penanaman Modal dan  
Pelayanan Terpadu Satu Pintu  
Kabupaten Siak  
di-  
Siak Sri Indrapura

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap : .....  
Alamat : .....  
Tempat/Tanggal lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Nomor STR-ATLM : .....  
Nama Tempat Praktik : .....  
Alamat Tempat Praktik : .....

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

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini lampirkan :

12. Fotokopi KTP Pemohon;
13. Surat Kuasa dan Fotokopi KTP apabila Pengurusan diwakilkan;
14. Fotokopi NPWP
15. Fotokopi ijazah dilegalisir pejabat berwenang
16. Fotokopi STR-ATLM yang masih berlaku dilegalisir
17. Bukti pemenuhan kecukupan SKP
18. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab.siak
19. Surat Pernyataan Kecukupan SKP
20. Surat Keterangan Sehat dari Dokter Pemerintah
21. Surat keterangan tempat praktik dari pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan
22. Pas foto berwarna ukuran 3x4 (2 lembar)
23. Surat izin praktik ahli teknologi laboratorium Medik (SIP-ATLM) yang lama (asli)

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....2024.....

Yang memohon,

Materai  
Rp. 10.000,-

( ..... )

PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN/KOTA ...

SURAT IZIN PRAKTIK AHLI TEKNOLOGI LABORATORIUM MEDIK (SIP-ATLM)

Nomor ...

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor ... tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik, yang bertanda tangan di bawah ini, Bupati Kabupaten /Walikota Kota ... memberikan izin praktik kepada:

\_\_\_\_\_  
(Nama Lengkap)

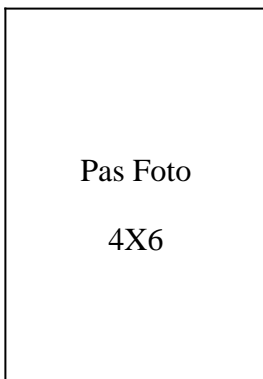
Tempat/tanggal lahir : .....

Alamat : .....

Nomor STR-ATLM : .....

Untuk bekerja sebagai Ahli Teknologi Laboratorium Medik di ... (tempat dan alamat lengkap fasilitas pelayanan kesehatan)

Surat Izin Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik (SIP-ATLM) ini berlaku sampai dengan tanggal ... (sesuai pemberlakuan STR-ATLM)



Dikeluarkan di .....

Pada tanggal .....

Bupati Kabupaten /Walikota Kota .....

(.....)

Tembusan :

1. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi ...;
2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota ...;
5. Ketua Persatuan Ahli Teknologi Laboratorium Medik Kesehatan Indonesia (PATELKI) cabang ...; dan
6. Pertinggal

