

**PERMOHONAN IZIN PRAKTIK TEKNISI GIGI**

Nomor :  
Lampiran :  
Perihal : Permohonan Untuk Izin Praktik  
          Teknisi Gigi

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 : .....  
Alamat Email : .....  
Nama Tempat Praktik : .....  
Alamat Tempat Praktik : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Teknisi Gigi .Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 54 tahun 2012 tentang penyelenggaraan pekerjaan Teknisi Gigi

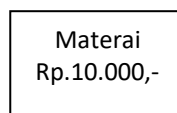
Sebagai bahan pertimbangan kami lampirkan:

1. Fotokopi KTP Pimpinan;
2. Surat Kuasa dan Fotokopi KTP apabila Pengurusan diwakilkan;
3. Fotokopi NPWP;
4. Foto kopi ijazah teknisi gigi yang dilegalisasi;
5. foto kopi sertifikat Kompetensi;
6. Foto Kopi Surat Tanda Registrasi Teknisi Gigi (STRTG);
7. Surat keterangan sehat dari dokter Pemerintah
8. Surat Pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan
9. Rekomendasi dari kepala dinas kesehatan Kabupaten Siak
10. Pas foto latar belakang merah ukuran 4x6 ( 3 lembar).
11. Fotokopi SIKTG Pertama untuk pengajuan SIKTG yang kedua

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....202...

Yang memohon,



(.....)

**PERMOHONAN PERPANJANGAN IZIN PRAKTIK TEKNISI GIGI**

Nomor :  
Lampiran :  
Perihal : Permohonan Untuk Perpanjangan  
Izin Praktik Teknisi Gigi

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 : .....  
Alamat Email : .....  
Nama Tempat Praktik : .....  
Alamat Tempat Praktik : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Teknisi Gigi , Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 54 tahun 2012 tentang penyelenggaraan pekerjaan Teknisi Gigi

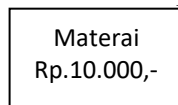
Sebagai bahan pertimbangan dilampirkan:

1. Fotokopi KTP Pimpinan
2. Surat Kuasa dan Fotokopi KTP apabila Pengurusan diwakilkan
3. Fotokopi NPWP
4. Foto kopi ijazah teknisi gigi yang dilegalisasi
5. foto kopi setifikat Kompetensi
6. Foto Kopi Surat Tanda Registrasi Teknisi Gigi (STRTG)
7. Bukti pemenuhan kecukupan SKP
8. Surat pernyataan kecukupan SKP
9. Surat keterangan sehat dari dokter Pemerintah
10. Surat Pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan
11. Rekomendasi dari kepala dinas kesehatan Kabupaten Siak
12. Pas foto latar belakang merah ukuran 4x6 ( 3 lembar)
13. Surat Izin Teknisi Gigi (SIKTG) yang lama (asli).

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....202...

Yang memohon,



(.....)



**Perihal : Permohonan Perpanjangan Surat Izin  
Praktik Kerja Okupasi Terapis (SIPOT)  
/Surat Izin Kerja Okupasi Terapis (SIKOT)**

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 STROT : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Kerja Okupasi Terapis (SIPOT)/ Surat Izin Kerja Okupasi Terapis (SIKOT) pada.....(sebut nama fasilitas kesehatan atau tempat praktik dan alamat).

Sebagai bahan pertimbangan dilampirkan:

1. Fotokopi KTP Pemohon
2. Surat Kuasa dan Fotokopi KTP apabila Pengurusan diwakilkan;
3. Fotokopi NPWP;
4. Fotokopi Ijazah Okupasi Terapi dilegalisir pejabat berwenang;
5. Fotokopi STROT yang masih berlaku dilegalisir oleh Majelis Tenaga Kesehatan Provinsi (MTKP);
6. Rekomendasi dari Ikatan Okupasi Terapi Indonesia (IOTI) ;
7. Rekomendasi dari Kepala Puskesmas Setempat
8. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab.Siak
9. Surat Keterangan Sehat dari Dokter Pemerintah;
10. Surat Pernyataan mempunyai tempat kerja fasilitas pelayanan Kesehatan atau tempat praktik pelayanan secara mandiri
11. Pas foto berwarna ukuran 3x4 (2 lembar);
12. SIPOT atau SIKOT pertama/dua (untuk permohonan SIPOT atau SIKOT yang kedua /ketiga)

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....201...

Yang memohon,

(.....)

