**KOP PERUSAHAAN**

(Untuk Badan Usaha / Koperasi / Yayasan)

Alamat ….. No Telp ….. Email

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nomor  Lampiran  Perihal | :  :  : | …………………………  1 (satu) berkas  Permohonan serta Pernyataan Kebenaran & Keabsahan Dokumen atas Izin Praktik Bidan | Yth. | Jakarta, ………………………………….  Kepada  Kepala Unit Pelaksana PTSP Kelurahan .....  Di Jakarta |

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap : .............................................................................................

Tempat/Tanggal Lahir : ................................................................

Alamat Rumah : Jl. .........................................................................................

Rt ........................... Rw........................Kel...........................

Kec.......................................Kabupaten/Kota........................

Lulusan : ..............................................................................................

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

No. SIB : ...............................................................................................

Tempat Kerja : .............................................................................................

Alamat Sarana : Jl. .........................................................................................

Rt ........................... Rw........................Kel...........................

Kec.......................................Kabupaten/Kota........................

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, kami lampirkan berkas-berkas sesuai dengan checklist persyaratan Izin Praktik Bidan seperti yang terdapat dalam http://pelayanan.jakarta.go.id.

Adapun data terdapat dalam lampiran dokumen permohonan Izin Praktik Bidanini adalah ***Benar dan Sah***. Apabila dikemudian hari ditemukan bahwa dokumen yang telah kami berikan tidak benar, maka kami bersedia dikenakan sanksi sesuai dengan peraturan dan ketentuan yang berlaku.

Demikian permohonan dan pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya, tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Atas perkenan Bapak / Ibu, kami ucapkan terima kasih.

Pemohon.

*Ttd dan/atau cap*

*diatas materai Rp. 6000*

……………….

(Jabatan

**KOP PERUSAHAAN**

(Untuk Badan Usaha / Koperasi / Yayasan)

Alamat ….. No Telp ….. Email

**SURAT PERNYATAAN MEMILIKI TEMPAT PRAKTIK**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : .............................................................................................

Tempat/Tanggal Lahir : ..............................................................................................

Alamat : Jl. .........................................................................................

Rt ........................... Rw........................Kel...........................

Kec.......................................Kabupaten/Kota........................

Alamat Praktik/Sarana : Jl. .........................................................................................

Rt ........................... Rw........................Kel...........................

Kec.......................................Kabupaten/Kota........................

Tempat/Tanggal Lahir : ..............................................................................................

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

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

Nomor STR : ........................................Tanggal Berlaku sampai................

No. Rekomendasi : .............................................................................................

Tempat bekerja sbg PNS : Puskesmas.................................../Rumah Sakit..................

Dengan ini menyatakan bahwa mempunyai tempat praktik / bekerja di sarana:

Nama Sarana : ..............................................................................................

Alamat Praktik/Sarana : Jl. .........................................................................................

Rt ........................... Rw........................Kel...........................

Kec.......................................Kabupaten/Kota........................

Sebagai bahan pertimbangan terlampir:

1. Surat keterangan dari pimpinan saranan bagi yang berpraktik di sana;

2. Fotokopi izin sarana bagi yang praktik di sarana;

3. Peta lokasi dan denah ruangan.

Jakarta,..........................................

Pemohon

*Materai sesuai peraturan yang berlaku*

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

**KOP PERUSAHAAN**

(Untuk Badan Usaha / Koperasi / Yayasan)

Alamat ….. No Telp ….. Email

**SURAT PERNYATAAN TIDAK MELAKUKAN ABORSI**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : .............................................................................................

Tempat/Tanggal Lahir : ..............................................................................................

Alamat : Jl. .........................................................................................

Rt ........................... Rw........................Kel...........................

Kec.......................................Kabupaten/Kota........................

Dengan ini menyatakan akan taat dan tunduk pada peraturan perundang-undangan yang berlaku dan tidak akan melakukan aborsi. Apabila saya tidak taat dan tunduk pada peraturan perundang-undangan yang berlaku dan melakukan aborsi, saya siap diberikan sanksi sesuai dengan hukum yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jakarta, ...........................................

Yang Menyatakan

Materai sesuai peraturan

yang berlaku

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

**KOP PERUSAHAAN**

(Untuk Badan Usaha / Koperasi / Yayasan)

Alamat ….. No Telp ….. Email

**PERSETUJUAN KERJASAMA DENGAN SUKU DINAS KESEHATAN**

**KOTA ADMINISTRASI JAKARTA ..................................**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : .............................................................................................

Tempat/Tanggal Lahir : ..............................................................................................

Alamat : Jl. .........................................................................................

Rt ........................... Rw........................Kel...........................

Kec.......................................Kabupaten/Kota........................

No.Tlp:..................................................................................

Dengan ini menyatakan kesediaan kerjasama dengan Suku Dinas Kesehatan Kota Administrasi Jakarta .............. dalam hal kegiatan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat dalam situasi bencana banjir, KLB, pengobatan masal, dan lain - lain.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya dan tanpa tekanan dari pihak manapun.

Jakarta,............................................

Yang Menyatakan

*Materai sesuai peraturan yang berlaku*

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

**KOP PERUSAHAAN**

(Untuk Badan Usaha / Koperasi / Yayasan)

Alamat ….. No Telp ….. Email

**SURAT PERNYATAAN MELAKUKAN PENAPISAN PADA IBU BERSALIN**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Lengkap : .............................................................................................

Tempat/Tanggal Lahir : ..............................................................................................

Alamat : Jl. .........................................................................................

Rt ........................... Rw........................Kel...........................

Kec.......................................Kabupaten/Kota........................

Dengan ini menyatakan akan melakukan penapisan ibu bersalin pada deteksi kemungkinan komplikasi gawat darurat sebagai berikut :

1. Riwayat bedah besar
2. Perdarahan pervaginam
3. Persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
4. Ketuban pecah dengan mokunium kental
5. Ketuban pecah lama (lebih dari 24 jam)
6. Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (kurang dari 37 minggu usia kehamilan)
7. Iklerus
8. Anemia Berat
9. Tandang gejala infeksi
10. Preeklamsia/ hipertensi dalam kehamilan
11. Tinggi fundus 40 cm atau lebih
12. Gawat Janin
13. Primipara dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala janin masih 5/5
14. Presentasi bukan belakang kepala
15. Presentasi majemuk
16. Kehamilan gemeli
17. Tali pusat menumbung
18. Syok

Apabila saya tidak taat dalam melakukan penapisan ibu bersalin, saya siap diberikan sanksi sesuai dengan hukum yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jakarta,............................................

Yang menyatakan

*Materai sesuai peraturan yang berlaku*

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

**KOP PERUSAHAAN**

(Untuk Badan Usaha / Koperasi / Yayasan)

Alamat ….. No Telp ….. Email…..

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SURAT KUASA** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Yang bertanda tangan di bawah ini Saya : | | | | | | |
| Nama | | | | : | ………………………………………………….. | |
| Alamat  No.KTP/NIK | | | | :  : | …………………………………………………..  …………………………………………………..  .......................................................................  …………………………………………………. | |
| Nama Badan Hukum  *(bila badan hukum/yayasan)* | | | | : | ...................................................................... | |
| Alamat Perusahaan  *(bila badan hukum/yayasan)* | | | | : | …………………………………………………..  …………………………………………………..  ………………………………………………….. | |
|  | | | |  |  | |
| Dengan ini memberi kuasa kepada : | | | | | | |
| Nama | | | : | | ………………………………………………….. | |
| Alamat  No.KTP/NIK  Jabatan | | | :  :  : | | .......................................................................  .......................................................................  .......................................................................  .......................................................................  ....................................................................... | |
|  | | |  | |  | |
|  |  |  | | | | |
| Untuk mengurus/menyelesaikan persyaratan administrasi dan/atau persyaratan teknis permohonan Perizinan/ Non Perizinan surat di Unit Pelaksana PTSP Kelurahan............. | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Demikian Surat Kuasa ini dibuat agar dapat dipergunakan seperlunya. | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | Jakarta…………………. |
| Yang menerima Kuasa, | | | | | | Yang memberi Kuasa, |
|  | | | | | |  |
|  | | | | | | *Ttd dan/atau cap*  *diatas materai sesuai peraturan yang berlaku* |
|  | | | | | |  |
| (....................................) | | | | | | ……………………………  (Jabatan) |