**\*SURAT PERNYATAAN KESANGGUPAN**

**PEMENUHAN KECUKUPAN SKP**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : ………………………………………………………………

Alamat sesuai KTP : ………………………………………………………………

Nomor STR : ………………………………………………………………

Menyatakan bahwa:

1. Bersedia untuk memenuhi kecukupan SKP sebagai syarat Perpanjangan Surat Izin Praktik sebelum tanggal 31 Desember 2024, dengan jumlah SKP yang telah di tentukan perundang undangan yang berlaku (SKP dinyatakan cukup)
2. Jika sampai tgl 31 desember 2024 kecukupan SKP tidak terpenuhi, dengan kesadaran diri akan mengikuti ketentuan perundang-undangan yang berlaku, maka SIP yang telah terbit di nyatakan tidak aktif dan STR dibekukan per tanggal 1 Januari 2025 (bertanggung jawab penuh atas konsekuensi yang timbul).

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya untuk digunakan sebagaimana mestinya.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Bantul, Nama Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan |

\*) Khusus untuk **Perpanjangan** yg SKPnya belum cukup/ kurang dari yg ditentukan