

FORMULIR I

>>KOP SURAT<<

SURAT KETERANGAN PENGALAMAN KERJA¹⁾
Nomor: ...

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :
NIP :
Jabatan :
Unit Kerja :

dengan ini menerangkan bahwa:

Nama :
Tempat/tanggal lahir :
Pendidikan :
Unit Kerja/Instansi :

telah melaksanakan tugas sebagai selama tahun
..... bulan, terhitung mulai tanggal sampai dengan tanggal
dan berkinerja baik.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya dan sebenar-benarnya
untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

..... 2022

Jabatan²⁾



(ttd)

¹⁾ Syarat wajib

²⁾ Bagi jabatan fungsional kesehatan, ditandatangani oleh Kepala Puskesmas/ Kepala Rumah Sakit/ Pejabat Pimpinan Tinggi Pratama/Pejabat administrator/Direktur/Kepala divisi yang membidangi sumber daya manusia

FORMULIR II

>>KOP SURAT<<

SURAT KETERANGAN PENGALAMAN KERJA BAGI PELAMAR JABATAN FUNGSIONAL KESEHATAN YANG BERUSIA 35 TAHUN KE ATAS DENGAN MEMILIKI MASA KERJA PALING SINGKAT 3 TAHUN SECARA TERUS MENERUS SERTA MELAMAR DI FASILITAS KESEHATAN TEMPAT BEKERJA SAAT INI

Nomor: ...

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :
NIP :
Jabatan :
Unit Kerja :

dengan ini menerangkan bahwa:

Nama :
Tempat/tanggal lahir :
Usia :
Pendidikan :
Unit Kerja/Instansi :

telah melaksanakan tugas sebagai selama tahun bulan **secara terus menerus**, mulai terhitung tanggal..... bulan..... tahun sampai dengan surat keterangan ini Saya buat.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya dan sebenar-benarnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

....., 2022

Jabatan¹⁾



Nama

1) Bagi jabatan fungsional kesehatan, ditandatangani oleh Kepala Puskesmas/ Kepala Rumah Sakit/ Pejabat Pimpinan Tinggi Pratama/Pejabat administrator/Direktur/Kepala divisi yang membidangi sumber daya manusia

FORMULIR III

>>KOP SURAT<<

SURAT KETERANGAN

BAGI PELAMAR JABATAN FUNGSIONAL KESEHATAN

YANG BEKERJA DI FASILITAS KESEHATAN MILIK PEMERINTAH

DAN MELAMAR DI TEMPATNYA BEKERJA SAAT INI

Nomor: ...

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

NIP :

Jabatan :

Unit Kerja :

dengan ini menerangkan bahwa:

Nama :

Tempat/tanggal lahir :

Usia :

Pendidikan :


Unit Kerja/Instansi :

masih melaksanakan tugas sebagai di dan yang bersangkutan melamar sebagai di..... sampai dengan surat keterangan ini Saya buat.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya dan sebenar-benarnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

....., 2022

Jabatan¹⁾



Nama

1) Bagi jabatan fungsional kesehatan, ditandatangani oleh Kepala Puskesmas/ Kepala Rumah Sakit/ Pejabat Pimpinan Tinggi Pratama/Pejabat administrator/Direktur/Kepala divisi yang membidangi sumber daya manusia

FORMULIR IV

| | |
|---|---|
| FORMAT SURAT KETERANGAN PENYANDANG DISABILITAS | |
| KOP SURAT RUMAH SAKIT PEMERINTAH/PUSKESMAS | |
| SURAT KETERANGAN | |
| Nama : | Jenis Kelamin: Laki/Perempuan ^{*)} |
| Umur : | |
| NIK : | |
| Ada Disabilitas : | Ya/Tidak ^{*)} |
| Lokasi Disabilitas : | |
| | <ul style="list-style-type: none">- Susunan syaraf pusat; sebutkan _____- Organ Penginderaan; sebutkan _____- Extremitas atas kanan/kiri/keduanya^{*)}- Tangan dominan kanan/kiri^{*)}- Extremitas bawah kanan/kiri/keduanya^{*)}- Lain-lain _____ |
| ANAMNESIS^{*)} | |
| 1. Riwayat disabilitas : | <ul style="list-style-type: none">- Sejak lahir, diagnosa _____- Sesudah kecelakaan, pada tahun _____, diagnosa _____- Sesudah sakit, pada tahun _____, diagnosa _____ |
| 2. Kemampuan mengurus diri ^{*)} : | <ul style="list-style-type: none">- Mampu- Sebagian besar bisa, jelaskan yang tidak bisa _____- Perlu bantuan penuh orang lain |
| 3. Bepergian keluar rumah: | <ul style="list-style-type: none">- Bisa sendiri/perlu di antar anggota keluarga^{*)} |
| HASIL PEMERIKSAAN^{*)} | |
| 4. Jenis Disabilitas: | |
| a. Disabilitas Fisik | |
| 1) Amputasi (Tangan/Kaki) ^{*)} | |
| 2) Kelemahan bagian atas anggota gerak atas dan bawah | |
| 3) Paraplegi (anggota tubuh bagian bawah yang meliputi kedua tungkai dan organ panggul) | |
| 4) <i>Cerebral Palsy</i> (CP) | |
| b. Disabilitas Sensorik | |
| 1) Netra | |
| a) Buta total | |
| b) Persepsi cahaya/ <i>low vision</i> | |
| 2) Rungu | |
| 3) Wicara | |
| c. Disabilitas Intelektual | |
| 1) Disabilitas grahita | |
| 2) <i>Down syndrome</i> | |

d. Disabilitas Mental

- 1) Psikososial (Skizofrenia, Bipolar, Depresi, Ansietas dan Gangguan Kepribadian) *)
- 2) Disabilitas perkembangan (Autis/Hiperaktif) *)

5. Derajat Disabilitas Fisik :

- 1) Derajat 1: mampu melaksanakan aktivitas atau mempertahankan sikap dengan kesulitan
- 2) Derajat 2: mampu melaksanakan kegiatan atau mempertahankan sikap dengan bantuan alat bantu
- 3) Derajat 3: mampu melaksanakan aktivitas, sebagian memerlukan bantuan orang lain, dengan atau tanpa alat bantu
- 4) Derajat 4: dalam melaksanakan aktivitas, tergantung penuh terhadap pengawasan orang lain
- 5) Derajat 5: tidak mampu melakukan aktivitas tanpa bantuan penuh orang lain dan tersedianya lingkungan khusus
- 6) Derajat 6: tidak mampu penuh melaksanakan kegiatan sehari-hari meskipun dibantu penuh orang lain

6. Kemampuan Mobilitas:

- 1) Jalan/ jalan perlahan/jalan dengan alat bantu/tidak mampu jalan*)
- 2) Naik tangga/naik tangga perlahan/tidak mampu naik tangga*)

7. Gangguan Extremitas atas: _____

- 1) Kanan: kekuatan 5/4/3/2/1/0
- 2) Kiri: Kekuatan 5/4/3/2/1/0

Gangguan Extremitas bawah: _____

- 1) Kanan: kekuatan 5/4/3/2/1/0
- 2) Kiri kekuatan 5/4/3/2/1

8. Alat Bantu yang digunakan : Ada/Tidak*), sebutkan _____

9. Penyakit lain : Ada/Tidak*), sebutkan _____

10. Pengobatan : Ada/Tidak*), sebutkan _____

Catatan tambahan lainnya :

Tempat dan Tanggal Pemeriksaan

Dokter yang memeriksa

Nama
NIP.

Keterangan:

*) = coret yang tidak perlu

**) = wajib diisi rincian terkait deskripsi kondisi disabilitas