

Surat Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut

Dokumen Persyaratan Perizinan Baru

- Scan Asli Surat Permohonan Izin Praktek (ditujukan kepada Kepala DPMPSTSP Kab. Bandung ditandatangani diatas materai cukup)
- Scan Ijazah yang disahkan oleh pimpinan penyelenggara pendidikan
- Scan STRTGM yang masih berlaku
- Scan Asli Surat keterangan sehat yang terbaru dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik (jangka waktu surat maksimal 3 bulan)
- Scan Asli Pas Foto Pemohon berwarna terbaru, berlatar belakang merah (format file .jpeg)
- Surat keterangan dari pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau yang menyatakan masih bekerja pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang bersangkutan
- Scan Asli Rekomendasi dari Organisasi Profesi
- Scan Asli Surat Pernyataan Keabsahan Dokumen yang ditandatangani diatas materai cukup (Untuk yang berbadan hukum di atas kop perusahaan dan di cap perusahaan)
- Surat keterangan dari Dinas Kesehatan setempat yang menyatakan belum/ sudah berpraktik di wilayah kabupaten/ kota bagi tenaga kesehatan dengan KTP Luar Kabupaten Bandung
- Scan asli SIP/ SIK yang telah dimiliki dan masih berlaku
- Scan Asli KTP
- Surat pernyataan kesanggupan membina dua posyandu dan satu UKS diketahui Kepala PUSKEMAS/ UPDT/ UPF, Surat Rekomendasi Izin Praktik dan Lembar Hasil Visitasi UPDT Yankes/ Puskesmas sesuai dengan kedudukan tempat praktik mandiri. (Khusus Praktik Mandiri/