

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik Fisioterapi

Kepada,  
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal  
dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu  
di.  
**SLEMAN**

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

|                      |   |   |
|----------------------|---|---|
| Nama Lengkap + Gelar | : |   |
| Tempat/Tanggal Lahir | : |   |
| Jenis Kelamin        | : |   |
| Nomor STR            | : |   |
| Tempat Bekerja       | : |   |
| Alamat Rumah         | : |   |
| NoTelp/Hp/WA         | : |   |
| Email Aktif          | : |   |
| SIP Ke               | : | 1 / 2 / 3 (lingkari salah satu)           |
| Jenis Permohonan     | : | Baru / Perpanjangan (lingkari salah satu) |

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Fisioterapi sesuai dengan Undang Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023 tentang kesehatan dan Peraturan Bupati Nomor 41 Tahun 2021 tentang Pendelegasian Kewenangan Penyelenggaraan Perizinan.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan:

1. KTP Elektronik;
2. STR;
3. Surat keterangan tempat praktek dari pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan atau dari pemilik untuk yang praktek mandiri;
4. Surat izin fasyankes (apabila sudah ada);
5. Pas foto terbaru dan berwarna dengan ukuran 4x6 (empat kali enam) cm sebanyak 3 (tiga)lembar;
6. Melampirkan SIP ke-1 (jika permohonan SIP ke-2), Melampirkan SIP ke-1 dan ke-2 (jika permohonan SIP ke-3)
7. Bukti pemenuhan kecukupan SKP (Apabila perpanjangan)
8. Surat Pernyataan Kecukupan SKP (Apabila perpanjangan); dan
9. **Pendaftaran di [perizinan.slemankab.go.id](http://perizinan.slemankab.go.id)**  
**(Semua syarat diupload pdf sesuai aslinya (bukan foto hp, tidak diperkecil/diperbesar))**

Demikianatasperhatiannyakamiucapkanterimakasih.



Sleman, .....

Pemohon

(.....)

---

# KOP INSTANSI/FASYANKES

---

SURAT KETERANGAN  
Nomor :

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Jabatan :

Instansi :

Dengan ini menerangkan bahwa:

Nama :

Tempat, tanggal Lahir :

Alamat Rumah :

Nomor STR :

Nama Faskes :

Alamat Faskes :

1. Adalah benar sebagai **Tenaga Teknik Kefarmasian SIP-1** yang akan berpraktik di **RS Sardjito, Jl. Kesehatan No.1 Sendowo, Sinduadi, Mlati, Sleman.**

Hari :

Jam Praktik :

2. Surat keterangan ini dapat menjadi acuan Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Sleman untuk dapat menerbitkan Surat Ijin Praktik (SIP)

Demikian surat keterangan ini agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Sleman, Oktober 2023

Pimpinan / Direktur

TTD+CAP

NAMA TERANG

## SURAT PERNYATAAN KECUKUPAN SKP

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

Nomor STR :

Menyatakan bahwa :

1. Seluruh data/dokumen kecukupan SKP yang dipergunakan dalam proses pengusulan SIP adalah benar dan dapat kami pertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, baik dalam proses perolehannya maupun hal-hal berkaitan dengan dokumen yang bersangkutan.
2. Apabila kami terbukti melanggar surat pernyataan yang telah kami tanda tangani, maka kami bersedia menerima atau dikenakan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan bersedia dilakukannya pencabutan SIP serta mempertanggungjawabkan perbuatan kami secara hukum.

Demikian Surat Pernyataan ini kami buat dengan sebenar benarnya, untuk dapat di pergunakan sebagaimana mestinya dan kepada yang berkepentingan untuk menjadi maklum.

Nama Kab/Kota, tanggal bulan tahun  
( Meterai Rp. 10000)

(.....)

Nama Lengkap