KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI, SAINS, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS MATARAM
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
PROGRAM STUDI PROFESI DOKTER
Jl. Pendidikan 37 Telp. (0370) 640874 Fax. 641717 Mataram 83125 – NTB
Website : fk.unram.ac.id e-mail : kedokteran@unram.ac.id, profesi.kedokteran@unram.ac.id

SURAT PERNYATAAN ORANG TUA / WALI
CALON DOKTER MUDA

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama	:
No. KTP	:
Tempat, tanggal lahir	:
Alamat	:
No. Telpon	:
Hubungan dengan dokter muda	:

Sebagai orang tua/wali*) dari calon dokter muda :

Nama calon dokter muda	:
NIM	:
Tempat, tanggal lahir	:
Alamat	:

Dengan ini menyatakan bahwa **BERSEDIA / TIDAK BERSEDIA*)** untuk :

1. Memberikan izin kepada calon dokter muda tersebut di atas untuk mengikuti seluruh rangkaian kegiatan Program Studi Profesi Dokter Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Mataram mulai dari penerimaan mahasiswa baru Prodi Profesi hingga kegiatan kepaniteraan klinik berupa praktek klinik/*hands on* di Rumah Sakit Pendidikan Utama FKIK UNRAM, Rumah Sakit Afiliasi, Rumah Sakit Jejaring dan wahana pendidikan lain yang ditetapkan FKIK UNRAM
2. Memahami serta menerima risiko yang mungkin timbul selama proses pendidikan Kepaniteraan Klinik.
3. Bersedia menjalankan protokol kesehatan dengan benar baik di dalam maupun di luar lingkungan Rumah Sakit, termasuk penggunaan Alat Perlindungan Diri (APD) secara lengkap.
4. menerima konsekuensi akademik dan mematuhi ketentuan pembelajaran klinik yang berlaku di Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Mataram.

Surat pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa adanya paksaan dari pihak manapun

.....

Yang menyatakan,

Materai 10.000

*coret yang tidak perlu .....