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 CALON DOKTER MUDA

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama	:	…….
NIM	:	…….
Tempat, tanggal lahir	:	…….
Alamat	:	…….
No. Telpon	:	…….

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

1. 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 Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Mataram, Rumah Sakit Afiliasi, Rumah Sakit Jejaring dan wahana pendidikan lain yang ditetapkan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Mataram.
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. Apabila di kemudian hari didapatkan pelanggaran atas hal-hal tersebut di atas, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku,

.....
Yang menyatakan

Materai 10.000

.....
NIM

*coret yang tidak perlu