



No. /
Bidang Kesehatan

Checklist Persyaratan Izin Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik

Data Pemohon

Nama Pemohon : _____ (Nama Perusahaan bila merupakan badan hukum)
Alamat Pemohon : _____ (Alamat Perusahaan bila merupakan badan hukum)
No. Telp/HP : _____
Alamat Email : _____

No	Persyaratan	Ada	Tidak ada
1	Surat permohonan yang didalamnya terdapat pernyataan kebenaran dan keabsahan dokumen & data di atas kertas bermaterai sesuai dengan peraturan yang berlaku		
2	Identitas Pemohon/Penangung Jawab <ul style="list-style-type: none">WNI : Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan Kartu Keluarga (KK) (Fotokopi)WNA : Kartu Izin Tinggal Terbatas (KITAS) atau VISA / Paspor (Fotokopi)		
3	Jika dikuasakan Surat kuasa di atas kertas bermaterai sesuai dengan peraturan yang berlaku dan KTP orang yang diberi kuasa		
4	Izin operasional atau izin usaha tempat pemohon akan bekerja [Fotokopi]		
5	Surat Tanda Registrasi (STR) yang masih berlaku [Fotokopi yang dilegalisasi]		
6	Ijazah [Fotokopi yang dilegalisasi]		
7	Rekomendasi dari organisasi profesi di wilayah tempat praktik		
8	Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik (SIP)		
9	Surat keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan yang menyatakan bekerja pada sarana yang bersangkutan		
10	Surat pernyataan di atas kertas bermaterai sesuai dengan peraturan yang berlaku dari pemohon yang menyatakan tunduk kepada peraturan yang berlaku		
11	Pasfoto berwarna terbaru analisis laboratorium ukuran 4x6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar		

Kelengkapan Berkas:

No	Langkah Prosedur	Tgl Diterima	Tgl Penyelesaian	Paraf
1	Front Office			
2	Tim Teknis - Survey / Tidak Survey			
3	Kasubag TU			
4	Kepala Unit PTSP			
5	Petugas penomoran			
6	Front Office			

Waktu Penyelesaian	Biaya Retribusi	Masa Berlaku
3 Hari Kerja	-	Sesuai STR

Catatan

Ket : Mohon memberi catatan apabila pemohon datang lebih dari satu kali atau mengalami hambatan dalam langkah prosedur