



No. /

Bidang Kesehatan

Checklist Persyaratan Izin Praktik Penata Anestesi

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 ketentuan berlaku)		
2	Indentitas Pemohon/Penanggung Jawab <ul style="list-style-type: none">WNI : Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan Kartu Keluarga (KK) <i>(Fotokopi)</i>WNA : Kartu Izin Tinggal Terbatas (KITAS) atau VISA / Paspor <i>(Fotokopi)</i>		
3	Jika dikuasakan Surat kuasa di atas kertas bermaterai (sesuai ketentuan berlaku) dan KTP orang yang diberi kuasa		
4	Izin fasilitas pelayanan kesehatan yang masih berlaku [Fotokopi]		
5	Surat Tanda Registrasi (STR) yang masih berlaku [Fotokopi yang dilegalisasi]		
6	Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP [Fotokopi]		
7	Ijazah Pendidikan Penata Anestesi [Fotokopi]		
8	Rekomendasi dari organisasi profesi di wilayah tempat praktik (IPAI)		
9	Pasfoto berwarna terbaru ukuran 4x6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar		
10	Surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan atau yang menyatakan masih bekerja pada fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan		
11	Surat pernyataan di atas kertas bermaterai (sesuai ketentuan berlaku) dari pemohon yang menyatakan akan tunduk kepada peraturan yang berlaku		

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 penomeran			
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