



No. /

Bidang Kesehatan

Checklist Persyaratan Izin Praktik Tenaga Gizi

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	Identitas Pemohon/Penanggung Jawab <ul style="list-style-type: none">WNI : Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan Kartu Keluarga (KK) (Fotokopi)WNA : Kartu Kartu Izin Tinggal Terbatas (KITAS) atau VISA / Paspor (Fotokopi)		
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]		
6	Ijazah [Fotokopi yang dilegalisasi]		
7	Rekomendasi dari Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI)		
8	Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik (SIP)		
9	Surat pernyataan memiliki tempat kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau tempat praktik pelayanan gizi secara mandiri		
10	Pasfoto berwarna terbaru ukuran 4x6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar berlatar belakang merah		
11	Surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyatakan bekerja pada sarana yang bersangkutan		

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