

Sampit, ..... November 2022

Kepada  
Yth. Bapak Bupati Kotawaringin Timur  
di –  
Sampit

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

- a. Nama :
- b. Tempat Lahir (Kab/Kota) :
- c. Tanggal Lahir :
- d. Jenis Kelamin :
- e. NIK :
- f. Agama :
- g. Status : Menikah/Belum menikah/Janda/Duda \*)
- h. Kualifikasi Pendidikan / Prodi :
- i. Nama jabatan yang dilamar : .....\*\*)
- j. Unit kerja penempatan : .....\*\*)
- k. Alamat lengkap :
- l. No. HP yg aktif :

dengan ini menyampaikan permohonan kepada Bapak, agar dapat mengikuti seleksi penerimaan Calon PPPK Jabatan Fungsional Kesehatan di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Kotawaringin Timur. Sebagai bahan pertimbangan Bapak, maka bersama ini saya sampaikan kelengkapan berkas secara elektronik yang telah saya unggah melalui aplikasi <https://sscasn.bkn.go.id> sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Demikian surat lamaran ini dibuat. Adapun seluruh data dan dokumen yang telah saya unggah adalah benar. Apabila dikemudian hari ditemukan data dan dokumen yang tidak benar, maka saya menerima segala keputusan panitia termasuk pembatalan dalam keikutsertaan dan/atau dalam kelulusan saya pada Seleksi Calon PPPK Jabatan Fungsional Kesehatan Pemerintah Kabupaten Kotawaringin Timur Tahun Anggaran 2022. Atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

Hormat Saya,

e-Meterai  
Rp. 10.000

(.....nama lengkap.....)

Catatan

- \* ) Tulis salah satu;
- \*\* ) Tulis nama jabatan yang dilamar dan nama unit kerja penempatan sesuai dengan nama unit kerja pada saat mendaftar online (<https://sscasn.bkn.go.id>).
- \*\*\* ) Surat lamaran menggunakan kertas folio bergaris, ditulis tangan dengan tinta hitam dan ditanda-tangani sendiri oleh pelamar di atas meterai Rp. 10.000,-.

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....

Tempat dan Tgl. Lahir : .....

Agama : .....

Alamat : .....

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya, bahwa saya :

1. Tidak pernah dipidana dengan pidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang sudah mempunyai kekuatan hukum tetap karena melakukan tindak pidana dengan pidana penjara 2 (dua) tahun atau lebih;
2. Tidak pernah diberhentikan dengan hormat tidak atas permintaan sendiri atau tidak dengan hormat sebagai calon PNS atau PNS, PPPK, Prajurit Tentara Nasional Indonesia, anggota Kepolisian Negara Republik Indonesia, atau diberhentikan tidak dengan hormat sebagai pegawai swasta atau pegawai lainnya antara lain pegawai Badan Usaha Milik Negara dan pegawai Badan Usaha Milik Daerah;
3. Tidak berkedudukan sebagai Calon PNS, PNS, PPPK, prajurit Tentara Nasional Indonesia, atau anggota Kepolisian Negara Republik Indonesia;
4. Tidak menjadi anggota atau pengurus partai politik atau terlibat politik praktis;
5. Bersedia ditempatkan di seluruh wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia atau negara lain yang ditentukan oleh Instansi Pemerintah.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya, dan saya bersedia dituntut di pengadilan serta bersedia menerima segala tindakan yang diambil oleh Instansi Pemerintah, apabila di kemudian hari terbukti pernyataan saya ini tidak benar.

.....

Yang membuat Pernyataan,

e-Meterai  
Rp. 10.000

( ..... )

# <<KOP SURAT>>

## SURAT KETERANGAN PENGALAMAN KERJA

Nomor : .....

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

NIP :

Jabatan :

Unit Kerja :

Dengan ini menerangkan, bahwa :

Nama :

Tempat/Tanggal Lahir :

Pendidikan :

Unit Kerja/Instansi :

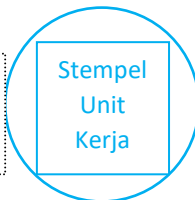
telah melaksanakan tugas sebagai..... selama ..... tahun  
..... bulan, terhitung mulai tanggal ..... sampai dengan tanggal .....  
dan berkinerja baik.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya dan sebenar-benarnya untuk dapat  
digunakan sebagai mestinya.

....., .....2022

Jabatan.....<sup>2)</sup>

e-Meterai  
Rp. 10.000



.....  
NIP. ....

Catatan :

- 1) Syarat Wajib
- 2) Bagi jabatan fungsional kesehatan, ditandatangani oleh Kepala Puskesmas/ Kepala Rumah Sakit/ Pejabat Pimpinan Tinggi Pratama/Pejabat administrator/Direktur/Kepala Divisi yang membidangi sumber daya manusia

# << KOP SURAT >>

---

**SURAT KETERANGAN PENGALAMAN KERJA BAGI PELAMAR JABATAN FUNGSIONAL KESEHATAN YANG BERUSIA 35 TAHUN KE ATAS DENGAN MEMILIKI MASA KERJA PALING SINGKAT 3 TAHUN SECARA TERUS MENERUS SERTA MELAMAR DI FASILITAS KESEHATAN TEMPAT BEKERJA SAAT INI**

Nomor : .....

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

NIP :

Jabatan :

Unit Kerja :

Dengan ini menerangkan bahwa:

Nama :

Tempat/Tgl Lahir :

Usia :

Pendidikan :

Unit Kerja/Instansi :

telah melaksanakan tugas sebagai ..... selama ..... tahun ..... bulan secara terus menerus, mulai terhitung tanggal ..... bulan ..... tahun ..... sampai dengan surat keterangan ini Saya buat.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya dan sebenar-benarnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

....., .....2022

Jabatan.....<sup>1)</sup>

(ttd)

Nama

1) Bagi jabatan fungsional kesehatan, ditandatangani oleh Kepala Puskesmas/ Kepala Rumah Sakit/ Pejabat Pimpinan Tinggi Pratama/Pejabat administrator/Direktur/Kepala divisi yang membidangi sumber daya manusia

# << KOP SURAT >>

## SURAT KETERANGAN

### BAGI PELAMAR JABATAN FUNGSIONAL KESEHATAN YANG BEKERJA DI FASILITAS KESEHATAN MILIK PEMERINTAH DAN MELAMAR DI TEMPATNYA SAAT INI

Nomor : .....

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

NIP :

Jabatan :

Unit Kerja :

Dengan ini menerangkan, bahwa :

Nama :

Tempat/Tgl Lahir :

Usia :

Pendidikan :

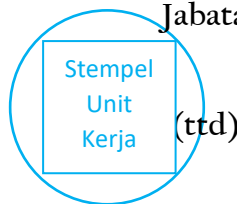
Unit Kerja/Instansi :

masih melaksanakan tugas sebagai..... di ..... dan yang bersangkutan melamar sebagai ..... di ..... sampai dengan surat keterangan ini Saya buat.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya dan sebenar-benarnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

....., .....2022

Jabatan .....<sup>1)</sup>



Nama

1) Bagi jabatan fungsional kesehatan, ditandatangani oleh Kepala Puskesmas/ Kepala Rumah Sakit/ Pejabat Pimpinan Tinggi Pratama/Pejabat administrator/Direktur/Kepala Divisi yang membidangi sumber daya manusia

FORMAT SURAT KETERANGAN PENYANDANG DISABILITAS

KOP SURAT RUMAH SAKIT PEMERINTAH/PUSKESMAS

SURAT KETERANGAN

|                    |   |  |
|--------------------|---|--|
| Nama               | : | Jenis Kelamin : Laki/Perempuan <sup>*)</sup> |
| Umur               | : |  |
| NIK                | : |  |
| Ada Disabilitas    | : | Ya/Tidak <sup>*)</sup>                       |
| Lokasi Disabilitas | : |  |

- Susunan syaraf pusat;
- Sebutkan \_\_\_\_\_
- Organ penginderaan;
- Sebutkan \_\_\_\_\_
- Extremitas atas kanan/kiri/keduanya<sup>\*)</sup>
- Tangan dominan kanan/kiri<sup>\*)</sup>
- Extremitas bawah kanan/kiri/keduanya<sup>\*)</sup>
- Lain-lain \_\_\_\_\_

ANAMNESIS<sup>\*\*)</sup>

1. Riwayat disabilitas :
  - Sejak lahir, diagnosa \_\_\_\_\_
  - Sesudah kecelakaan, pada tahun \_\_\_\_\_, diagnosa \_\_\_\_\_
  - Sesudah sakit, pada tahun \_\_\_\_\_, diagnosa \_\_\_\_\_
2. Kemampuan mengurus diri<sup>\*)</sup>:
  - Mampu
  - Sebagian besar bisa, jelaskan yang tidak bisa \_\_\_\_\_
  - Perlu bantuan penuh orang lain
3. Bepergian keluar rumah :
  - Bisa sendiri/perlu diantar anggota keluarga<sup>\*)</sup>

HASIL PEMERIKSAAN<sup>\*\*)</sup>

4. Jenis Disabilitas :
  - a. Disabilitas Fisik
    - 1) Amputasi (Tangan/Kaki)<sup>\*)</sup>
    - 2) Kelemahan bagian atas anggota gerak atas dan bawah
    - 3) Paraplegi (anggota tubuh bagian bawah yang meliputi tungkai dan organ panggul)
    - 4) Cerebral Palsy (CP)
  - b. Disabilitas Sensorik
    - 1) Netra
      - a) Buta Total
      - b) Persepsi cahaya/low vision
    - 2) Rungu
    - 3) Wicara
  - c. Disabilitas Intelektual
    - 1) Disabilitas grahita
    - 2) Down Syndroma

---

d. Disabilitas Mental

- 1) Psikosial (Skizofrenia, Bipolar, Depresi, Ansietas dan Gangguan Kepribadian) \*)
- 2) Disabilitas perkembangan (Autis/Hiperaktif) \*)

5. Derajat Disabilitas Fisik :

- 1) Derajat 1 : mampu melaksanakan aktivitas atau mempertahankan sikap dengan kesulitan
- 2) Derajat 2 : mampu melaksanakan kegiatan atau mempertahankan sikap dengan bantuan alat bantu
- 3) Derajat 3 : mampu melaksanakan aktivitas, sebagian memerlukan bantuan orang lain, dengan atau tanpa alat bantu
- 4) Derajat 4 : dalam melaksanakan aktivitas, tergantung penuh terhadap pengawasan orang lain
- 5) Derajat 5 : tidak mampu melakukan aktivitas tanpa bantuan penuh orang lain dan tersedianya lingkungan khusus
- 6) Derajat 6 : tidak mampu penuh melaksanakan kegiatan sehari-hari meskipun dibantu penuh orang lain

6. Kemampuan Mobilitas :

- 1) Jalan/jalan perlahan /jalan dengan alat bantu/tidak mampu jalan \*)
- 2) Naik tangga/naik tangga perlahan/tidak mampu naik tangga \*)

7. Gangguan Extremitas atas : \_\_\_\_\_

- 1) Kanan : kekuatan 5/4/3/2/1/0
- 2) Kiri : kekuatan 5/4/3/2/1/0

Gangguan Extremitas bawah: \_\_\_\_\_

- 1) Kanan : kekuatan 5/4/3/2/1/0
- 2) Kiri : kekuatan 5/4/3/2/1/0

8. Alat Bantu yang digunakan : Ada/Tidak\*), sebutkan \_\_\_\_\_

9. Penyakit lain : Ada/T/Tidak\*), sebutkan \_\_\_\_\_

10. Pengobatan : Ada/Tidak\*), sebutkan \_\_\_\_\_

Catatan tambahan lainnya :

---

Tempat dan Tanggal Pemeriksaan  
Dokter yang memeriksa

Nama  
NIP.

Keterangan :

\*) = coret yang tidak perlu

\*\*) = wajib diisi rincian terkait deskripsi kondisi disabilitas