

FORMULIR I

>>KOP SURAT<<

SURAT KETERANGAN PENGALAMAN KERJA<sup>1)</sup>  
Nomor: ...

Saya 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 sebagaimana mestinya.

..... 2022

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

e-Meteral  
Rp 10.000,-

Stempel  
Unit  
Kerja

Nama

(ttd)

<sup>1)</sup> Syarat wajib

<sup>2)</sup> 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

FORMULIR II

>>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 di bawah ini:

Nama

:

NIP

:

Jabatan

:

Unit Kerja

:

dengan ini menerangkan bahwa:

Nama

:

Tempat/tanggal 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>

Stempel  
Unit (ttd)  
Kerja

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

FORMULIR III

>>KOP SURAT<<

SURAT KETERANGAN

BAGI PELAMAR JABATAN FUNGSIONAL KESEHATAN

YANG BEKERJA DI FASILITAS KESEHATAN MILIK PEMERINTAH

DAN MELAMAR DI TEMPATNYA BEKERJA SAAT INI

Nomor: ...

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama

:

NIP

:

Jabatan

:

Unit Kerja

:

dengan ini menerangkan bahwa:

Nama

:

Tempat/tanggal 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>

Stempel  
Unit (ttd)  
Kerja

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



d. Disabilitas Mental

- 1) Psikososial (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

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

9. Penyakit lain : Ada/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