

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....

Tempat dan Tanggal Lahir : .....

NIK : .....

Pendidikan : .....

Jabatan yang dilamar : .....

Alamat domisili : .....

.....

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya bersedia ditempatkan dimana saja pada saat diangkat sebagai Calon Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Kementerian Kesehatan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya, apabila pada kemudian hari ditemukan data yang tidak benar, maka saya menerima keputusan panitia untuk membatalkan keikutsertaan/kelulusan saya pada seleksi Calon Pegawai Negeri Sipil Kementerian Kesehatan Tahun 2018.

....., ..... 2018

Yang membuat pernyataan,

Materai  
Rp. 6000,-

.....

### BAGI JABATAN :

- DOSEN ASISTEN AHLI
- DR/DRG AHLI PERTAMA DENGAN KUALIFIKASI PENDIDIKAN DOKTER  
SPECIALIS/DOKTER GIGI SPECIALIS
- DOKTER PENDIDIK KLINIS

**DENGAN PENEMPATAN PADA POLTEKKES ATAU RUMAH SAKIT DI LINGKUNGAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN**