*Format Surat Keterangan bukan Penyandang Disabilitas bagi Jabatan Pemula Pemadam kebakaran*

KOP UNIT PELAYANAN KESEHATAN

PUSKESMAS / RUMAH SAKIT 1)

SURAT KETERANGAN DOKTER

Nomor : …………………….. 2)

Yang bertanda tangan dibawah ini : …………..…… 3)

Dokter Pemerintah pada ……………………4), dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : ………. 5)

Tempat/Tanggal Lahir : ………. 6)

Pekerjaan Sekarang : ………. 7)

Alamat : ………. 8)

Tinggi Badan : …….... 9)

Berat Badan : ……… 10)

Golongan Darah : ……… 11)

Setelah dilaksanakan pemeriksaan badan dan kemampuan fungsional atas dirinya, berupa jenis disabilitas, mulai dari fisik, sensorik, intelektual dan mental serta derajat disabilitas, ditemukan bahwa yang bersangkutan :

**BUKAN PENYANDANG DISABILITAS** / **PENYANDANG DISABILITAS** 12)

Demikian Surat Keterangan ini diterbitkan untuk keperluan Pendaftaran Calon Aparatur Sipil Negara Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja pada jabatan : **PEMULA PEMADAM KEBAKARAN** di instansi Pemerintah Kabupaten Pohuwato Tahun Anggaran 2023.

……………13), …………………..14)

Dokter Pemeriksa

*Stempel*

*Unit*

 15)

…………………………….16)

*Hapus Halaman ini*

PETUNJUK PENGISIAN ANAK LAMPIRAN I.g

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Kode** | **Uraian** |
| 1 | 1) | Kop unit pelayanan kesehatan Puskesmas atau Rumah Sakit |
| 2 | 2) | Nomor surat / register unit pelayanan kesehatan Puskesmas atau Rumah Sakit |
| 3 | 3) | Nama lengkap dokter pemeriksa |
| 4 | 4) | Nama unit pelayanan kesehatan puskesmas atau rumah sakit |
| 5 | 5) | Diisi dengan nama lengkap calon pelamar / yang diperiksa kesehatan. Nama yang diisi sesuai ijazah. |
| 6 | 6) | Diisi dengan tempat tanggal lahir sesuai ijazah |
| 7 | 7) | Diisi dengan pekerjaan saat ini |
| 8 | 8) | Diisi alamat sesuai domisili, mulai dari tingkat dusun, desa dan kecamatan. Contoh : Dusun Teratai, Desa Marisa Selatan, Kecamatan Marisa |
| 9 | 9) | Diisi dengan tinggi badan sesuai hasil pemeriksaan dokter. |
| 10 | 10) | Diisi dengan berat badan sesuai hasil pemeriksaan dokter. |
| 11 | 11) | Diisi dengan jenis golongan darah sesuai hasil pemeriksaan dokter. |
| 12 | 12) | Coret yang tidak perlu |
| 13 | 13) | Diisi dengan nama kota setingkat kecamatan sesuai lokasi unit pelayanan kesehatan |
| 14 | 14) | Diisi dengan tanggal terbitnya surat keterangan sehat, contoh : 19 September 2023 |
| 15 | 15) | Tanda tangan dokter pemeriksa dan cap stempel unit pelayanan kesehatan |
| 16 | 16) | Nama lengkap dokter pemeriksa |