



Salinan 1

**KONSIL KEDOKTERAN INDONESIA**  
**INDONESIAN MEDICAL COUNCIL**

**SURAT TANDA REGISTRASI DOKTER**  
**REGISTRATION CERTIFICATE OF MEDICAL DOCTOR**

Nomor Registrasi  
Registration Number : 3 5 1 1 1 0 0 1 2 1 2 3 1 0 2 9

Nama  
Name : DWIKY YUANASIKA

Tempat/Tanggal Lahir  
Place / Date of Birth : Sidoarjo, 17-07-1995

Jenis Kelamin  
Sex : Laki-Laki

Kualifikasi  
Qualification : Dokter

Tanggal Lulus  
Date of Graduation : 30-09-2020

Perguruan Tinggi  
University : Fakultas Kedokteran Universitas Wijaya Kusuma Surabaya

Berlaku  
Valid : Sampai dengan 17-07-2025



Jakarta, 18-09-2021  
**KETUA KONSIL KEDOKTERAN**  
Chairman of Medical Council / Registrar

Prof. dr. Taruna Ikrar, M.Biomed, Ph.D

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik

DB.I.2020. 1744



**KOLEGIUM DOKTER INDONESIA**  
**COLLEGIUM OF THE INDONESIAN PHYSICIAN**

No. 1744/KDI/SK/PNUK.17 /10/2020



**MENERANGKAN BAHWA**  
**CERTIFIES THAT :**

**Nama**  
**Name** : Dr. Dwiky Yuanasika

**Tempat Lahir**  
**Place of birth** : Sidoarjo

**Tanggal Lahir**  
**Date of birth** : 17 Juli 1995

**Nomor Ijasah**  
**Certificate No.** : 71009/110901/2020/4701

Telah menunjukkan kompetensinya sebagai dokter yang dapat memberikan layanan kesehatan ditingkat primer.

*Has shown competencies as physician at primary care services.*

Dengan demikian yang bersangkutan dapat melakukan registrasi dokter.

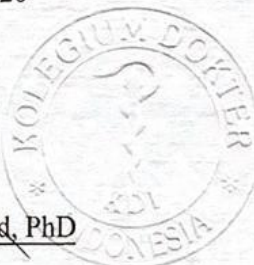
*Therefore the person above is eligible to obtain medical registration.*

**Berlaku Sampai**  
**Expired Date** : 17 Juli 2025

Jakarta, 07 Oktober 2020

Ketua / Chairman

Prof. Dr. Syarifuddin Wahid, PhD  
NPA IDI. 18453





## SURAT PERNYATAAN MEMPUNYAI TEMPAT PRAKTIK

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr Dwiky Yuanasika  
NIP/NRP/NRPPTT : -  
Tempat, Tanggal, Lahir : Sidoarjo, 17-07-1995  
Pendidikan : Dokter Umum  
Tahun Lulus : 2020

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah memiliki tempat praktik dengan alamat sebagai berikut :

1. Nama Praktik : Rs Mitra Sehat Mandiri Sidoarjo  
Alamat : Jl Raya Krian Mojosari Km 3 Tropodo Krian Sidoarjo
2. Nama Praktik : Praktek Perorangan  
Alamat : Dsn Singopadu Rt 03 Rw 02 Ds Singogalih Tarik Sidoarjo
3. Nama Praktik :  
Alamat :

Demikian surat pernyataan ini saya buat, atas perhatiannya saya ucapkan terima kasih.

Sidoarjo, 11 November 2021

Yang membuat pernyataan



dr Dwiky Yuanasika





---

**SURAT KETERANGAN BEKERJA**

**Nomor : 109/SKB/RSMSMS/XI/2021**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : drg. Surdiyanto,MM  
N I P : MS 001  
J a b a t a n : Direktur  
Alamat : Villa Jasmine I Blok A No. 08 Sidoarjo

Dengan ini menerangkan bahwa :

N a m a : dr Dwiky Yuanasika  
Jabatan : Dokter Umum  
Alamat : Dsn Singopadu Rt 03 Rw 02 Ds Singogalih Tarik

Menerangkan bahwa nama di atas benar bekerja di Rumah Sakit Mitra Sehat Mandiri Sidoarjo, mulai dari 20 September 2021 sampai dengan sekarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Sidoarjo, 01 November 2021

Direktur

RS Mitra Sehat Mandiri Sidoarjo

**drg. Surdiyanto,MM**

PROVINSI JAWA TIMUR  
KABUPATEN SIDOARJO

NIK 3515011707510001

Nama : DWIK YUAN I W, S.Neo  
Tempat/Tgl Lahir : SIDOARJO, 17-07-1995  
Jenis Kelamin : LAKI-LAKI Gol. Darah  
Alamat : SINGOPADU  
RT/RW : 003/002  
Kel/Desa : SINGOGALJATI  
Kecamatan : TARIK  
Agama : ISLAM  
Status Perkawinan : KAWIN  
Pendidikan : DOKTER  
Kewarganegaraan : WNI  
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



SIDOARJO  
18-09-2020

A stylized handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke.

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktek

Kepada Yth,  
Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Sidoarjo  
Di  
TEMPAT

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : dr Dwiky Yuanasika  
Alamat : Dsn Singopadu Rt 03 Rw 02 Singogalih Tarik Sidoarjo  
Tempat/Tgl Lahir : Sidoarjo,17-07-1995  
Jenis Kelamin : Pria  
Tahun Lulus : 2020  
Nomor STR : 3511100121231029  
Nomor Rekomendasi OP :  
Nomor Telp : 0813 3043 6303

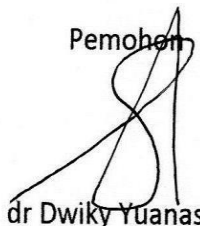
Dengan ini mengajukan Permohonan Praktik untuk mendapatkan Surat Ijin Praktik (SIP) untuk tempat praktik ke 1, dengan alamat Rs Mitra Sehat Mandiri Sidoarjo Jl Raya Krian – Mojosari KM 3,Tropodo,Krian,Sidoarjo,Kodepos : 61262,

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan;

1. Surat Permohonan;
2. Surat Pernyataan Mempunyai Tempat Praktik bermaterai;
3. STR Legalisasir KKI (*Asli*);
4. Pas Foto 4x6 Berwarna sebanyak 2 (dua) lembar ;
5. Surat Keterangan dari pimpinan sarana kesehatan tempat dokter/dokter gigi praktik;
6. Rekomendasi dari organisasi profesi ;
7. Surat rekomendasi dokter Spesialis
8. Surat Keterangan dari Dinas Kesehatan setempat ;
9. Fotokopi KTP yang masih berlaku.

Demikian Surat Permohonan ini saya buat,atas perhatiannya saya ucapkan terima kasih.

Sidoarjo, 11 November 2021

Pemohon  
  
dr Dwiky Yuanasika