



**PENGURUS CABANG IKATAN BIDAN INDONESIA
KABUPATEN SIDOARJO**

Sekretariat : Jl. K.H. Agus Salim No. 7 Sidoarjo Tlp. 031-8921087

SURAT KETERANGAN KECUKUPAN SATUAN KREDIT PROFESI
NO: 0422/ Sek. PC IBI/ II/ 2024

Yang bertanda tangan di bawah ini, Ketua Pengurus Cabang Ikatan Bidan Indonesia Kabupaten Sidoarjo menerangkan bahwa:

Nama : **NURFITRI KURNIASIH, A.Md.Keb**

Tempat Tanggal Lahir : Sidoarjo, 08 November 1972

Alamat Rumah : Kemiri RT.003 RW.002 Kel/ Ds. Pangkemiri Kec. Tulangan
Kab. Sidoarjo

Yang namanya tersebut masih tercatat sebagai Anggota / Pengurus Ikatan Bidan Indonesia Cabang Kabupaten Sidoarjo Periode tahun : 2018 - 2023

Dan memenuhi kewajiban sebagai Anggota/Pengurus sebagaimana tercantum dalam AD/ART Ikatan Bidan Indonesia

Oleh karena yang bersangkutan telah memenuhi capaian 25 satuan kredit profesi (SKP) yang di dapat selama 5 tahun terhitung tahun 2018-2023. Maka surat keterangan ini dapat dipergunakan untuk melengkapi persyaratan Surat Ijin Praktik Bidan Kerja di wilayah Sidoarjo sesuai masa berlaku STR pada sarana pelayanan Kesehatan.

Nama Sarana Kesehatan : **PRAKTEK PERSEORANGAN**

Alamat : Kemiri RT.003 RW.002 Kel/ Ds. Pangkemiri Kec. Tulangan
Kab. Sidoarjo

Surat Keterangan ini berlaku 3 (Tiga) bulan sejak tanggal dikeluarkannya dan harus sudah dipergunakan untuk mengurus Surat Ijin Praktik Bidan Mandiri (SIPB-M), apabila dikemudian hari terdapat hal- hal yang tidak sesuai, maka Surat Keterangan ini akan ditinjau kembali.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Sidoarjo, 26 Februari 2024

Pengurus Cabang Ikatan Bidan Indonesia



Sri Mei Winardiati, S.ST.,Bd

SURAT PERNYATAAN KECUKUPAN SKP

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : NURFITRI KURNIASIH, Ang keb.
Alamat : PANGKIMEN RT 03/RW II
Nomor STR : 0200001060342208.

Menyatakan bahwa:

1. Seluruh data/dokumen kecukupan SKP yang dipergunakan dalam proses pengusulan SIP adalah benar dan dapat kami pertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, baik dalam proses perolehannya maupun hal-hal berkaitan dengan dokumen yang bersangkutan.
2. Apabila kami terbukti melanggar surat pernyataan yang telah kami tanda tangani, maka kami bersedia menerima atau dikenakan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan bersedia dilakukan pencabutan SIP serta mempertanggung jawabkan perbuatan kami secara hukum.

Demikian Surat Pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya dan kepada yang berkepentingan untuk menjadi maklum

Sidaurip 21. 02. 2024
Nama Kab/Kota, Tanggal Bulan Tahun



Nama Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan

NURFITRI KURNIASIH, Ang keb.