



# PEMERINTAH KOTA SURABAYA

UPTSA Timur : Jl. Meru No. 301, Surabaya  
UPTSA Pusat : Jl. Tugu Pahlawan No. 1, Surabaya, Surabaya  
Telp. (031) 5987284 (UPTSA Timur), 591-5318854 (UPTSA Pusat)

## BUKTI VERIFIKASI PENDAFTARAN

NOMOR PENDAFTARAN : 26291 / 06-12-2021  
NAMA PEMOHON : MAHRUS A. RAHMAT DR.  
ALAMAT PEMOHON : JL. GRANJA SAMPLURIA PERAH D-15 BABATARI WILAYAH SURABAYA  
NO HP/SEL : 081230002901  
ALAMAT EMAIL :  
JENIS IZIN : Dokter / Dr. Gigi / Dr. Spesialis / Dr. Gigi Spesialis  
KODE PIN MONITORING : 1401591  
Kategori Layanan : Layanan Kesehatan  
Lokasi Pengambilan SK / Rekom : TBMUR

Berkas administratif permohonan Saudara sudah diverifikasi oleh petugas UPTSA.  
**SYARAT YANG DILAMPIRKAN :**

NO.	PERSYARATAN	ADA / TIDAK ADA	TERVERIFIKASI
1.	Kartu Tanda Penduduk (KTP) Bagi Penduduk Non Surabaya	TIDAK ADA	TIDAK / BELUM
2.	Surat Keterangan domisili tinggal di Surabaya (Bagi Penduduk Non Surabaya), bagi PPD5/PPDG5 Surat pernyataan tempat tinggal	TIDAK ADA	TIDAK / BELUM
3.	STR (Surat Tanda Registrasi) yang dilegalisasi asli, bagi PPD5/PPDG5 STR lembar pertama	ADA	YA
4.	Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi (IDI/PDGI) yang sesuai tempat praktik	ADA	YA
5.	Pas Photo digital terbaru ukuran 4 x 6 cm dengan latar belakang merah (tata letak harus tegak horisontal, tidak boleh miring)	ADA	YA
6.	Surat Pernyataan memiliki tempat kerja di sarana / fasilitas pelayanan kesehatan atau praktik mandiri (bermaterai 10.000,-)	ADA	YA
7.	Sertifikat Kompetensi dari KPS sesuai pendidikan yang ditempuhnya (untuk PPD5/PPDG5)	TIDAK ADA	TIDAK / BELUM
8.	Surat Keterangan dari fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya dan fotokopi izin penyelenggaraan fasilitas pelayanan kesehatan yang masih berlaku, bagi praktik di fasilitas pelayanan kesehatan, surat izin bekerja dari RSUD dr. Soetomo (untuk PPD5/PPDG5);	ADA	YA
9.	Surat Pengantar dari Puskesmas setempat wilayah tempat praktik (bagi praktik perorangan)	TIDAK ADA	TIDAK / BELUM
10.	Surat persetujuan dari atasan langsung / pimpinan sarana pertama yang menyatakan bahwa menyetujui/tidak keberatan apabila yang bersangkutan bekerja di sarana lain dan bagi tenaga medis dikhususkan untuk PNS	TIDAK ADA	TIDAK / BELUM
11.	Surat Keterangan : dari Kepala Dinas Kesehatan setempat (untuk tenaga medis pemegang KTP diluar Kota Surabaya) dan fotokopi Surat Izin Praktik (SIP) di kota asal	TIDAK ADA	TIDAK / BELUM
12.	Peta lokasi dan denah tempat praktik beserta peralatan yang digunakan (untuk praktik perorangan)	TIDAK ADA	TIDAK / BELUM
13.	Surat Ijin Praktik yang lama dan asli apabila perpanjangan atau pindah tempat praktik	ADA	YA
14.	Surat Keterangan Kerja kerjasama dengan Rumah Sakit Pendidikan/Wahana pendidikan yang lain (untuk PPD5/PPDG5)	TIDAK ADA	TIDAK / BELUM
15.	Daftar nama peserta PPD5/PPDG5	TIDAK ADA	TIDAK / BELUM

16.	Copy SIP (Surat Izin Praktek) tempat praktik pertama/dua untuk permohonan SIP tempat kedua/ketiga	TIDAK ADA	TIDAK / BELUM
-----	---	-----------	---------------