KOTA/KABUPATEN : ……………………….

KECAMATAN : ……………………….

KELURAHAN : ……………………….

RT. …. / RW. …..

SURAT PENGANTAR

No. ……………………….

Yang bertanda tangan di bawah ini, Pengurus RT. 00…. / RW. 00…., Kelurahan ……………………………………., Kecamatan …………….……..., Kota/Kabupaten …………………………., dengan ini menerangkan bahwa:

Nama : ……………………....…………………………………………………………………………………

Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan

Tempat / Tgl. Lahir : ……………………………………………………………………………………………………………

No. KTP / KK : …………………………………………………………………….…………………………………….

Kewarganegaraan : ……………………….…………………………………………….…………………………………….

Agama : …………….…………………………………………………….……....................................

Pekerjaan : ……………………………………………………….…………….…………………………………….

Alamat : …………………………………………………………………….…………………………………….

RT. 00………. / RW. 00………. No. …….

Maksud / Keperluan : …………………….……………………………………………….…………………………………….

…………………….……………………………………………….…………………………………….

…………………….……………………………………………….…………………………………….

…………………….……………………………………………….…………………………………….

Jakarta,…………………….20…..….

Nomor : …………………………………………….

Tanggal : …………………………………………….

Mengetahui, Pengurus RT. 00…. / RW. 00….

Pengurus RW. 00….. Ketua,

( ……………………………… ) ( ……………………………… )

SURAT PERNYATAAN SEHAT

Saya yang bertandatangan di bawah ini, menyatakan bahwa :

* Nama : …………………………………………………………………………….
* NIK : …………………………………………………………………………….
* Alamat : …………………………………………………………………………….
* Riwayat yang berkaitan dengan COVID-19 :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dalam 2 (dua) minggu terakhir : | | | | | | |
| beri tanda √ di depan “Ya” atau “Tidak” | | | | | Tanggal | Keterangan |
| 1. Pernah kontak dengan pasien COVID-19 | Ya |  | Tidak |  |  |  |
| 1. Pernah bepergian ke daerah/negara terpapar COVID-19 | Ya |  | Tidak |  |  |  |
| 1. Pernah bepergian ke Rumah Sakit | Ya |  | Tidak |  |  |  |
| 1. Pernah menjalani Rapidtest | Ya |  | Tidak |  |  |  |
| 1. Pernah menjalani Tet Swab | Ya |  | Tidak |  |  |  |
| 1. Berstatus ODP | Ya |  | Tidak |  |  |  |
| 1. Berstatus PDP | Ya |  | Tidak |  |  |  |
| 1. Pernah dirawat (Positif) | Ya |  | Tidak |  |  |  |

Demikian surat pernyataan ini saya  buat dengan sebenar-benarnya sebagai salah satu syarat mengajukan SIKM. Saya bersedia menerima sanksi pidana sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan apabila dikemudian hari terbukti memalsukan kebenaran pernyataan riwayat yang berkaitan dengan COVID-19.

Demikian pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya, terima kasih.

|  |  |
| --- | --- |
| Mengetahui,  Ketua RT  TTD (Stempel RT) | Jakarta, …………..…….…. 2020  (TTD)  Materai 6000  (…………………………) |

SURAT KETERANGAN BEKERJA

Nomor :

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : ……………………………………………………………

Jabatan : ……………………………………………………………

Nama Perusahaan/Instansi : ……………………………………………………………

Bidang : ……………………………………………………………

NIB : ……………………………………………………………

No Telepon : ……………………………………………………………

Alamat : ……………………………………………………………

Dengan ini menerangkan bahwa karyawan/pegawai kami :

Nama : ……………………………………………………………

Pekerjaan : ……………………………………………………………

Adalah benar yang bersangkutan dalam keadaan sehat dan merupakan karyawan/pegawai dari (nama perusahaan).

Berdasarkan ketentuan pasal 5 ayat (2)  Peraturan Gubernur Nomor 47 Tahun 2020 tentang Pembatasan Kegiatan Berpergian Keluar dan/atau Masuk Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Dalam Upaya Pencegahan Penyebaran Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) di Provinsi DKI Jakarta merupakan perusahaan/instansi dikecualikan dari penghentian sementara aktivitas bekerja yaitu kategori.......……………………………………………………

Surat Keterangan ini berlaku sejak tanggal …………… sampai dengan ………………………………………………..

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenarnya.

……… , ………………2020

(TTD dan Stempel)

(…………………….)