**SURAT PERNYATAAN TIDAK TERLIBAT**

**PEMAKAIAN NARKOTIKA DAN OBAT – OBATAN PSIKOTROPIKA**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini calon mahasiswa Fakultas Kedokteran Gigi

Universitas Mahasaraswati Denpasar

**TAHUN AKADEMIK 2022/ 2023**

Nama :

Tempat, Tgl Lahir :

Alamat :

Asal Sekolah :

Nomor Pendaftaran :

Dengan ini menyatakan bahwa saya tidak pernah dan / tidak sedang terlibat penggunaan narkotika dan obat-obatan psikotropika terlarang lainnya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dengan ketentuan apabila saya berbohong dan/ atau dikemudian hari ternyata terlibat penggunaan narkotika dan obat-obatan psikotropika terlarang,maka saya sanggup untuk menerima sanksi apapun.

Materai

Rp. 10.000

Denpasar,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mengetahui,

Orangtua / Wali

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_