Lampiran

Perkonsil No.13 Tahun 2013

Format Persyaratan Registrasi Untuk Profesi Dokter Gigi

**SURAT PERNYATAAN AKAN MEMATUHI DAN MELAKSANAKAN**

**KETENTUAN ETIKA PROFESI TERKAIT PERSYARATAN**

**REGISTRASI DOKTER GIGI**

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : ZULFIKAR RIFQY MAILILI

Tempat dan Tanggal Lahir : TERNATE, 28 OKTOBER 1994

Alamat Rumah : JL. BASUKI RAHMAT 1 NO.12 PALU

Kab/ Kota : PALU

Provinsi : SULAWESI TENGAH

Asal Universitas : UNIVERSITAS HASANUDDIN

Tahun Lulus : 2019

No. Sertifikat Kompetensi : 201902 01 01 014900

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya dan dengan penuh kesadaran bahwa saya pernah mengucapkan sumpah janji dokter gigi, maka saya akan menaati dan mengamalkan Kode Etik Kedokteran Gigi dalam menjalankan profesi dokter gigi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan bila saya dinyatakan terbukti melanggar kode etik oleh organisasi profesi, saya bersedia mendapatkan sanksi.

Makassar, 4 Mei 2019

Yang membuat pernyataan

ZULFIKAR RIFQY MAILILI