

## FORM CHECKLIST SARANA / PRASARANA TI / TIP

Hari/ Tanggal : .....  
 TI / TIP : .....  
 No Telp. Darurat : .....

Shift : .....  
 Personil : 1.  
 2.

	Kondisi *)	Jumlah**)
Kapasitas Parkir	penuh / tidak	
Lane SPBU Tersedia	aktif / tidak	
BBM Kemasan	ada / tidak	
CCTV	on / off	
Klinik/ Layanan Kesehatan	ada / tidak	
Bengkel Gratis	ada / tidak	
Petugas keamanan TI / TIP	ada / tidak	
Petugas kebersihan	ada / tidak	
VMS / VMS Mobile	on / off	

	Kondisi *)	Jumlah**)
Pos pengamanan	ada / tidak	
Perambuan / Zonasi	ada / tidak	
Toilet		
a. Pria	berfungsi / tidak	
b. Wanita	berfungsi / tidak	
Mobile Toilet		
a. Pria	berfungsi / tidak	
b. Wanita	berfungsi / tidak	

\*) Coret yang tidak perlu

\*\*) Diisi jika dapat diketahui jumlahnya

No	Jam	Lane SPBU Aktif	Kondisi Parkir Terisi		Kebersihan Toilet		Ketersediaan Air Bersih		Buka / Tutup TI	
			Penuh	Tidak	Bersih	Tidak	Cukup	Kurang	Normal	Tutup
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										

**Kondisi yang perlu dilaporkan:**

- Antrian kendaraan di rest area sepanjang ... km
- Terdapat Toilet berbayar

Koordinator Tim

  
 ( R. W. A. Syah. R. )

Penanggung Jawab

( )

( )