

FORMULIR KETIDAKHADIRAN KARYAWAN

DIISI OLEH KARYAWAN

Nama : R. Purbo NIK :
 Posisi : Bucdels Lokasi : HO
 Divisi : Unit Bisnis : ECI/GBT/GKT/.....*

Kontak Selama Ketidakhadiran

No. Telepon : Alamat :
 No. Ponsel (GSM) : *

Jenis Ketidakhadiran

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pernikahan Karyawan (3 Hari Kerja) | <input type="checkbox"/> Melahirkan/Keguguran |
| <input type="checkbox"/> Istri : Melahirkan/Keguguran (2 Hari Kerja) | <input type="checkbox"/> Duka Cita, mendiang : |
| <input type="checkbox"/> Anak : Khitanan/Baptisan/Pernikahan (2 Hari Kerja) | <input type="checkbox"/> Pernikahan Anak Pekerja (2 Hari Kerja) |
| <input type="checkbox"/> Rumah Terkena Musibah (2 Hari Kerja) | <input type="checkbox"/> Suami/ isteri /anak dari Pekerja |
| <input type="checkbox"/> Cuti Haid (<i>wajib melampirkan surat ket. dokter</i>) | mendapat kecelakaan serius |

Untuk ketidakhadiran berikut mohon sertakan alasan :




- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cuti Di Luar Tanggungan | <input type="checkbox"/> Cuti Tahunan, sisa cuti : hari |
| <input type="checkbox"/> Lainnya : <u>sakit</u> | <input type="checkbox"/> |
- Alasan :

Periode Ketidakhadiran

Tanggal Awal : <u>28 Mei 2019</u>	Tanggal Akhir : <u>31 Mei 2019</u>
Jumlah Hari Kerja : <u>3 Hari</u>	

Pelimpahan tanggung jawab selama ketidakhadiran kepada :

Nama : Ferrando GA NIP :
 Posisi : General Manager Lokasi :
 Divisi : Bucdels Unit Bisnis : ECI/GBT/GKT/.....*
 No. Ponsel : Paraf :

DIAJUKAN OLEH,	PERSETUJUAN ATASAN		DIKETAHUI OLEH,
Karyawan :  <u>3/6/19</u> (...../...../20.....)	Atasan Langsung ¹ :  (...../...../20.....)	Atasan Lebih Tinggi ² :  (...../...../20.....)	Manajer SDM : (...../...../20.....)
Catatan Atasan :			

Ket : *Lingkari salah satu

¹Min. Spv

²Min. Assistant Manager

SURAT KETERANGAN SAKIT

medical certificate for leave or extension of leave or commutation of leave / sick leave certificate

Yang bertanda tangan dibawah ini,

I, the authorize attendant

Dokter
Doctor

: dr. Tri Sutowo, SpPD

Spesialis Penyakit Dalam

Menerangkan bahwa, SIP : 440/450.1/D.SP/SDMKES

Hereby certify that

Nama
Name

: Tn. PURBO DITJALYO

(L/P
M/F

Tanggal Lahir
Date of Birth

: Umur : 54

tahun / bulan / hari
year / month / day

Pekerjaan
Occupation

: Taman Warung Indah Blok D102/1

Alamat
Address

Telah berobat di Mitra Keluarga (has been treated due to his / her illness) pada tanggal (at):

Karena keadaan sakitnya yang bersangkutan diharapkan (because of his/her illness requires) :

☐ Di rawat (hospitalize) ☐ Istirahat (absence of duty) ☐ Bekerja ringan (restricted from heavy work) ☐ Tidak mengikuti olahraga (absence of physical exercise)

Selama 3 (tiga) (hari) minggu, terhitung tanggal 20/5 s/d 30/5/19
for a periode of day / week, from till

Catatan :
Note

DVT poplitea distal &
gumpalan darah. Collis distal

Demikian untuk menjadi perhatian.

Thereby to be a notices.



Belurus 20-5-19
[Signature]

(dr. Tri Sutowo, SpPD)

Spesialis Penyakit Dalam

SIP : 440/450.1/D.SP/SDMKES

07.18/00