



LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT  
SEKOLAH TINGGI FARMASI MUHAMMADIYAH CIREBON  
SK. KEMENRISTEK DIKTI RI NO. 564/KPT/I/2017  
Jl. Cideng Indah No. 03 Telp/Fax. (0231) 230984 Cirebon 45153  
website : www.stfmuhammadiyahcirebon.ac.id

### SURAT PERSETUJUAN ORANG TUA/WALI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : EPU PUWINIA  
Tempat, Tanggal Lahir : Majalengka,  
Alamat Asal : Desa Jeruklent, kec. Sindangwangi  
Kab. Majalengka  
No Telpon/ HP : 08231111659

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Dita Winaja Rachmadini  
NIM : 12121108

Dengan ini menyatakan bahwa Saya selaku orang tua/wali menyetujui mahasiswa tersebut untuk mengikuti KKN STF Muhammadiyah Cirebon tahun 2024 dengan Skema \*(lingkari nomor skema yang dipilih) :

1. KKN STFMC (reguler)  
2. KKN MAs (nasional)

Demikian Surat Pernyataan ini Saya buat dengan sungguh-sungguh.

Majalengka, 1 Juni 2024

Orang Tua/Wali

EPU PUWINIA

Tulis Nama Lengkap