



**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 : SANADI

Tempat, Tanggal Lahir : Cirebon, 09 September 1982

Alamat Asal : Desa Bangarwangunan Blok Seda gang Persada II
RT/ RW 09/01

No Telpn/ HP : 081 313 331 606

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : WIDIA NINGSIH

NIM : 12121090

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.

Cirebon, 20 Mei 2024

Orang Tua/Wali

SANADI

Tulis Nama Lengkap