

Bandung, 30 April 2025  
Kepada  
Yth. Ketua Pengadilan Tinggi Agama Bandung  
Di Bandung

### FORMULIR PERMINTAAN DAN PEMBERIAN CUTI

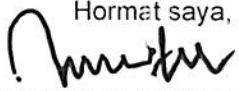
I. DATA PEGAWAI			
Nama	NIDA DURROTUN NASHIAH, A.Md.A.B	NIP	199704202020122008
Jabatan	Pelaksana	Masa Kerja	
Unit Kerja	PENGADILAN TINGGI AGAMA BANDUNG		

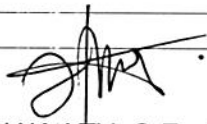
II. JENIS CUTI YANG DIAMBIL **			
1. Cuti Tahunan	-	2. Cuti Besar	-
3. Cuti Sakit	v	4. Cuti Melahirkan	-
5. Cuti Karena Alasan Penting	-	6. Cuti di Luar Tanggungan Negara	-

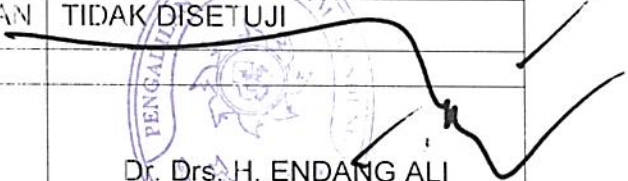
III. ALASAN CUTI	
Sakit	

IV. LAMANYA CUTI					
Selama	1	Mulai Tanggal	30-04-2025	s/d	30-04-2025

CATATAN CUTI					
1. CUTI TAHUNAN			PARAF PETUGAS CUTI	2. Cuti Besar	
Tahun	Sisa	Keterangan		3. Cuti Sakit	
N-2	0			4. Cuti Melahirkan	
N-1	2			5. Cuti Karena Alasan Penting	
N	12			6. Cuti di Luar Tanggungan Negara	

V. ALAMAT SELAMA MENJALANKAN CUTI***	
	TELP 087722099311
Bukit mekar indah blok b no 24	Hormat saya,  NIDA DURROTUN NASHIAH, A.Md.A.B NIP. 199704202020122008

VI. PERTIMBANGAN ATASAN LANGSUNG**			
DISETUJUI	PERUBAHAN	DITANGGUHKAN	TIDAK DISETUJUI
✓			
			 WIDIAWATY, S.E., M.H. NIP. 198702222009122001

VII. KEPUTUSAN PEJABAT YANG BERWENANG MEMBERIKAN CUTI			
DISETUJUI	PERUBAHAN	DITANGGUHKAN	TIDAK DISETUJUI
✓			
			 Dr. Drs. H. ENDANG ALI MA'SUM, S.H., M.H. NIP. 195809041984031003



**PT MEDIKALOKA ARCAMANIK**  
**RUMAH SAKIT UMUM HERMINA ARCAMANIK**

Jl. A.H. Nasution No.50 Bandung 40291  
Tlp. (022) 87242525 Fax. : (022)

RM 01.7

**SURAT KETERANGAN SAKIT**

Dokter yang bertanda tangan dibawah ini, menerangkan bahwa :

Nama : Ny Nida Durrotun  
Umur : 28 tahun  
Pekerjaan : PNK  
Diagnosis : Rhinosinusitis Maksilaris

- ( ) Memerlukan istirahat selama 1 ( Satu ) hari, terhitung mulai tanggal 30 / 4 / 25 s/d tanggal - karena sakit.
- ( ) Berdasar perhitungan kehamilannya, maka yang bersangkutan memerlukan cuti hamil, persalinan dan nifas, sesuai dengan peraturan yang berlaku selama ..... ( ..... ) hari, terhitung mulai tanggal ..... s/d tanggal .....
- ( ) Berdasarkan tindakan operatif yang dialaminya, yang bersangkutan memerlukan istirahat selama ..... ) hari terhitung mulai tanggal ..... s/d tanggal .....

Demikian surat keterangan ini dibuat, untuk dapat dipergunakan dengan sebagaimana mestinya.

Bandung

30 / 4 / 25

dr. Pan Ananda Dadi, M.Kes., SpTHT-KL  
009907PFK-DS/KU/2021/DPMP/TSP

Tanda Tangan dan Nama Jelas