

SURAT PERNYATAAN TIDAK MENDERITA PENYAKIT KRONIS

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :
 Tempat/ Tanggal Lahir :
 NIK :
 Jenis Kelamin :
 Nomor HP (*Whatsapp*) :
 Alamat Email :
 Pendidikan : Bidang/Program Studi
 Universitas
 Jabatan yang dilamar :
 Jenis Formasi :
 Zona :
 Alamat :

(sesuai domisili)

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya, bahwa Saya:

1. Tidak menderita penyakit jantung bawaan;
2. Tidak menderita gangguan paru-paru seperti asma akut, Tuberkulosis akut;
3. Tidak menderita kelainan darah seperti leukemia;
4. Tidak menderita penyakit sistem imun seperti HIV/AIDS;
5. Tidak menderita gangguan liver seperti Hepatitis A/B/C;
6. Tidak menderita gagal ginjal;
7. Tidak ada gangguan mental seperti skizofrenia akut, autisme, depresi berat, bipolar dsb;
8. Tidak menderita *cerebral palsy*.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya. Apabila dikemudian hari ditemukan data yang tidak benar, maka saya menerima keputusan panitia untuk membatalkan keikutsertaan/kelulusan saya pada Pengadaan Pegawai Negeri Sipil Badan Pengawas Obat dan Makanan Tahun 2024.

, 2024¹
 Yang membuat pernyataan

E-Meterai
 Rp 10.000

()²

Catatan :

- ¹⁾ Kota / Kabupaten dan Tanggal
- ²⁾ Nama lengkap dan ditandatangani
- ³⁾ Pelamar mengisi kolom dengan cara diketik **tanpa mengubah format**

