

PEMERINTAH KABUPATEN TASIKMALAYA
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

DAFTAR PERSYARATAN

IZIN / NON IZIN (REKOMENDASI)
Izin Praktek Perawat (SIPP)

| NO | PERSYARATAN |
|-----|--|
| 1. | Mengisi formulir permohonan bermeterai 6000 |
| 2. | Fotokopi Surat Tanda Register yang masih berlaku dan dilegalisir |
| 3. | Surat Keterangan Sehat dari Dokter yang memiliki Surat Izin Praktek |
| 4. | Fotokopi KTP |
| 5. | Fotokopi NPWP |
| 6. | Fotokopi Ijazah Keperawatan Terakhir yang dilegalisir |
| 7. | Fotokopi Kartu Tanda Anggota dari organisasi profesi (PPNI) yang dilegalisir |
| 8. | Rekomendasi dari organisasi profesi (PPNI) |
| 9. | Pas foto ukuran 4 x 6 sebanyak 3 lembar dan 3 x 4 sebanyak 2 lembar |
| 10. | Surat Rekomendasi dari pimpinan instansi/tempat bekerja pemohon (bagi yang bekerja di instansi pemerintah) |
| 11. | Fotokopi SK PNS dan SK Penugasan bagi Perawat PNS |
| 12. | SIP-Perawat Asli terdahulu (untuk perpanjangan izin) |
| 13. | Fotokopi NIB (untuk praktek mandiri) |
| 14. | Fotokopi IMB (untuk praktek mandiri) |
| 15. | Fotokopi Sertifikat PPGD/BTLS&CLS;/Asuhan Keperawatan (untuk praktek mandiri) |
| 16. | Surat Pernyataan Memiliki Tempat Praktek (untuk praktek mandiri) |
| 17. | Denah Ruangan Tempat Praktek (untuk praktek mandiri) |
| 18. | Peta Lokasi Tempat Praktek (untuk praktek mandiri) |
| 19. | Surat Keterangan dari Puskesmas setempat (untuk praktek mandiri) |
| 20. | Surat Keterangan Tidak keberatan dari Lingkungan Sekitar (untuk praktek mandiri) |
| 21. | Perjanjian Kerjasama/MoU Pengelolaan Limbah Medis dengan Puskesmas setempat (untuk praktek mandiri) |