# FORMULIR PERMOHONAN PENDAFTARAN PENERIMAAN MAHASISWA PROGRAM STUDI PROFESI DOKTER- TAHUN AKADEMIK 2019 /2020

Foto 3 x 4

Tempel disini

KepadaYth ;

Ketua Program Studi Profesi Dokter

di- FakultasKedokterandanIlmuKesehatan

Yang bertandatangan di bawah ini, saya

1. NamaLengkap :...........................................……………………

2. Tempat/Tgl.Lahir :...………………………………………………..

3. Alamat Rumah :…………………………………………………..

4. NoTlp./HP :…………………………………………………

5. E-Mail : ...………………………………………………..

***ORANG TUA***

1. **AYAH**

Nama : ........

Pendidikan:.....................................................................

Pekerjaan :....................................................................

Alamat :.....................................................................

No.Tlp/HP :....................................................................

1. **IBU**

Nama : ............

Pendidikan:.....................................................................

Pekerjaan :....................................................................

Alamat :.....................................................................

No.Tlp/Hp :....................................................................

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mengikuti seleksi penerimaan mahasiswa program studi profesi Dokter Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar.

Mengetahui Samata,

Orangtua/Wali Yang Mengajukan Permohonan,

**LEMBAR KONTROL**

**PENDAFTARAN PROGRAM PROFESI DOKTER**

*(diisi oleh petugas)*

No. : ................................................................................

NAMA : .................................................................................

Tanggal Pengembalian Formulir : ................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Jenis berkas** | **Kelengkapan** |
| **Ya** | **Tidak** |
| 1  | Bukti pembayaran pendaftaran |  |  |
| 2 | Formulir Pendaftaran |  |  |
| 3 | Ijazah S1 atau Surat keterangan lulus. |  |  |
| 4 | Transkrip nilai atau transkrip nilai sementara  |  |  |
| 5 | Sertifikat CBT yang dikeluarkan oleh UIN Alauddin Makassar |  |  |
| 6 | Sertifikat BTQ yang dikeluarkan oleh UIN Alauddin Makassar |  |  |
| 7 | Sertifikat PIBA yang dikeluarkan oleh UIN Alauddin Makassar |  |  |
| 8 | Sertifikat TOEFL dengan nilai minimal 400 |  |  |
| 9 | Sertifikat pelatihan atau seminar Kesehatan/ Kedokteran ( minimal 2) |  |  |
| 10 | Sertifikat prestasi lain (bila ada/tidak wajib) |  |  |
| 11 | Surat Pernyataan |  |  |
| 12 | Foto 3 x 4 warna 3 lembar latar belakang merah |  |  |

Keterangan :

Berkas lengkap :

Berkas tidak lengkap :

 Petugas,

 (............................)

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Jenis Kelamin :

Pendidikan Terakhir :

Angkatan :

Alamat :

No. Hp/Tlp. Rumah :

Menyatakan bersedia mengikuti seluruh proses pendidikan pada Program Studi Profesi Dokter T.A 2019/2020 di Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar, dan bersedia menyelesaikan semua persyaratan administrasi serta mengikuti semua aturan yang berlaku pada program tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

 Samata-Gowa,......................................2020

Mengetahui,

Orang tua/Wali mahasiswa (i) Yang membuat pernyataan,

Materai 6000

(...........................................) (.....................................................)