# FORMULIR PERMOHONAN PENDAFTARAN PENERIMAAN MAHASISWA PROGRAM PROFESI - TAHUN AKADEMIK 2021 /2022

Foto 3 x 4

Tempel disini

KepadaYth ;

Ketua Program Studi Profesi Dokter

di- Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan

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 profesi Dokter FKIK UIN Alauddin.

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 | 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 Pendidikan program profesi Dokter T.A 2021/2022 di Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar, dan bersedia menyelesaikan semua persyaratan administrasi serta mengikuti semua aturan yang berlaku pada program tersebut dan bersedia menerima sanksi jika melakukan pelanggaran sesuai aturan yang berlaku

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

Samata-Gowa,......................................2021

Mengetahui,

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

Materai 10000

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