



CHECKLIST BERKAS

No. Dokumen : FM-XX.E.61-01
Revisi : 00
Tgl Efektif : 02 September 2019

IZIN OKUPASI TERAPIS

TANGGAL : NO. REG :

IDENTITAS PEMOHON

- 1 Nama :
- 2 Alamat :
- 3 No. Telp :
- 4 Nama Usaha :
- 5 Alamat Usaha :

CHECKLIST VERIFIKASI PERSYARATAN

DIISI OLEH FRONT OFFICE

DIISI OLEH BACK OFFICE

| NO | JENIS BERKAS | KELENGKAPAN BERKAS | | | | Keterangan | PERSYARATAN | | KETERANGAN |
|----|--|--------------------|-----------|--------------|-----------|------------|-------------|----------|------------|
| | | Baru | | Perpanjangan | | | OK | Tidak OK | |
| | | Ada | Tidak ada | Ada | Tidak ada | | | | |
| 1 | Surat Permohonan | | | | | | | | |
| 2 | FC KTP-el | | | | | | | | |
| 3 | Fotocopy surat keterangan domisili <i>*bagi pemohon yang alamat KTP tidak sesuai dengan alamat domisili</i> | | | | | | | | |
| 4 | Fotocopy STR yang masih berlaku dan dilegalisasi | | | | | | | | |
| 5 | Fotocopy ijazah | | | | | | | | |
| 6 | Surat keterangan sehat dan tidak buta warna | | | | | | | | |
| 7 | Surat pernyataan memiliki tempat praktik | | | | | | | | |
| 8 | Surat keterangan bekerja dari pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan | | | | | | | | |
| 9 | Pasfoto ukuran 4x6 sebanyak 2 (dua) lembar dan 3x4 sebanyak 2 (dua) lembar | | | | | | | | |
| 10 | Rekomendasi dari organisasi profesi setempat; | | | | | | | | |
| 11 | Rekomendasi dari Dinas Kesehatan | | | | | | | | |
| 12 | FC BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan | | | | | | | | |

Status Tindak Lanjut :

Status Kelengkapan Berkas

- Berkas Tidak Lengkap Tetap dilanjutkan ke Bidang dengan Syarat
- Berkas Lengkap
- Berkas

Paraf FO :

Paraf BO :

Catatan Petugas:

Status Kelengkapan Persyaratan

- Dikembalikan ke loket
- Diteruskan ke Pembuatan Izin dengan syarat sesuai kewenangan Kabid
- Persyaratan Lengkap Lanjut Pembuatan Izin

Paraf Kasi :

Paraf Kabid :

Catatan Bidang: