# FORMAT

**KOP SURAT INSTANSI**

# SURAT KETERANGAN PENGALAMAN KERJA DIBIDANG PEKERJAAN YANG RELEVAN SECARA TERUS MENERUS DENGAN BATAS MINIMAL LAMA PENGALAMAN KERJA SESUAI DENGAN KETENTUAN JABATAN FUNGSIONAL

**YANG DILAMAR BAGI TENAGA KESEHATAN/TEKNIS DAN DOSEN\*) *hapus yang tidak perlu***

# Nomor:………………………………

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nama : | | | …………………………………………………… |
| NIP : | | | …………………………………………………… |
| Jabatan : | | | …………………………………………………… |
| Unit Kerja/Instansi : | | | …………………………………………………… |
| Dengan ini menerangkan bahwa: | | |  |
| Nama : | | | …………………………………………………… |
| Tempat dan Tanggal lahir : | | | …………………………………………………… |
| Pendidikan : | | | …………………………………………………… |
| Unit Kerja/Instansi : | | | …………………………………………………… |
| Jabatan yang dilamar : | | | …………………………………………………… |
| Telah melaksanakan secara terus | tugas | sebagai……………..selama……..tahun bulan  menerus, terhitung mulai | |

tanggal…………….bulan………tahun……..sampai dengan surat keterangan ini saya buat.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya dan sebenar-benarnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

……,……………………..2023

Jabatan ……\*)

Stempel unit kerja dan tanda tangan

(Nama Lengkap)

\*) ditandatangani oleh Kepala Puskesmas/Kepala Rumah Sakit/Pejabat Pimpinan Tinggi Pratama/Pejabat Administrator/DIrektur/Kepala Divisi yang menangani SDM