

KOP SURAT INSTANSI

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama :
NIP / NRP / NIK :
Tempat, Tanggal Lahir :
Alamat :
Unit Kerja / Instansi :

Dengan ini saya menyatakan sanggup dan siap ditugaskan menjadi Tim penguji jabatan fungsional Kesehatan, dan akan melaksanakan tugas yang diberikan penuh dengan rasa tanggungjawab sesuai peraturan yang berlaku.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya

Yang membuat pernyataan

Tanggal, Bulan, Tahun
Mengetahui,
Atasan,

Materai Rp. 10.000,-

ttd dan cap basah

NIP.

NIP.