***KOP SURAT INSTANSI***

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah Ini

Nama :

NIP / NRP / NIK :

Jabatan :

Unit Kerja / Instansi :

Bersedia mengikuti pelatihan Keselamatan dan Kesehatan Kerja Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan hingga tuntas dan bersedia melaksanakan tugas sebagai pengelola K3 di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tempat saya bekerja.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya

|  |  |
| --- | --- |
| Yang Membuat Pernyataan  Nama  NIP. | Tanggal, Bulan, Tahun  Mengetahui,  Jabatan Pimpinan  Nama  NIP. |