***KOP SURAT INSTANSI***

**SURAT PERNYATAAN PIMPINAN**

Yang bertanda tangan di bawah Ini

Nama :

NIP / NRP / NIK :

Tempat, Tanggal Lahir :

Unit Kerja / Instansi :

Dengan ini saya menyatakan telah membebastugaskan peserta Pelatihan Untuk Pelatih (TOT) Penanggulangan Tuberkolosis (TBC) Bagi Tenaga Kesehatan di Fasyankes dan akan memberdayakan pegawai tersebut sebagai pelatih di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut minimal 3 (tiga) tahun dan akan diajukan pada Surat Keputusan (SK) Kepala Dinas Kesehatan Provinsi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya

………….., …………….2024

Mengetahui,

Pimpinan Peserta