**SURAT PERNYATAAN**

Nama :

NIK :

Status Kepegawaian : ASN/ Non ASN/ Swasta Full Time/ Swasta Non Full Time\* (coret yang tidak sesuai)

Instansi Pengusul :

Jenis Fellowship yang dilamar :

Alamat domisili :

Email :

No. Hp :

Dalam rangka pendaftaran Program *Fellowship* Dokter Spesialis Penyakit Dalam dengan jalur mandiri, dengan ini memberikan pernyataan sebagai berikut :

1. Tidak sedang menjalani hukuman displin
2. Tidak akan mundur dari kepesertaan program ini setelah penetapan hasil seleksi baik sebelum SK penetapan diterbitkan atapun setelah SK penetapan diterbitkan sesuai peraturan Kolegium Penyakit Dalam.
3. Bersedia menjalankan fellowship di RS Penyelenggara yang dituju dan memberikan persyaratan/ketentuan yang ditetapkan oleh RS Penyelenggara selama pendidikan fellowship tersebut.
4. Selama menjadi Peserta Fellowship tidak akan pindah program fellowship yang tela diusulkan oleh Instansi Pengusul.
5. Telah aktif menjadi peserta BPJS-JKN atau asuransi Kesehatan lainna
6. **Setelah selesai mengikuti pendidikan *fellowship* bersedia kembali ke RS Pengusul** yaitu …… **dan melakukan pelayanan fellowship tersebut selama minimal 2 (dua) tahun.**
7. **Menyadari bahwa setelah menyelesaikan fellowship, jika ingin melanjutkan pendidikan Subspesialis, maka hanya untuk peminatan subspesialis dari jalur yang terkait dengan fellowship yang sudah dimiliki.**
8. Apabila saya melanggar segala ketentuan di atas, maka saya bersedia mendapatkan sanksi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya di atas kertas bermaterai tanpa ada paksaan dan tekanan dari pihak manapun untuk digunakan sebagaimana mestinya.

(tempat, tanggal dibuatnya pernyataaan)

Mengetahui, Yang membuat pernyataan,

Direktur

Materai 10.000

Tanda-tangan disertai dengan cap basah instansi

(nama) (nama)