KOP SURAT INSTANSI

**SURAT KETERANGAN PENGALAMAN KERJA BAGI PELAMAR JABATAN FUNGSIONAL KESEHATAN YANG BERUSIA 35 TAHUN KE ATAS DENGAN MEMILIKI MASA KERJA PALING SINGKAT 3 TAHUN SECARA TERUS MENERUS SERTA MELAMAR DI FASILITAS KESEHATAN TEMPAT BEKERJA SAAT INI**

Nomor:….

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama | : | ………………….. |
| NIP | : | ………………….. |
| Jabatan | : | ………………….. |
| Unit Kerja/Instansi | : | ………………….. |

dengan ini menerangkan bahwa:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama | : | ………………….. |
| Tempat/tanggal lahir | : | ………………….. |
| Pendidikan | : | ………………….. |
| Unit Kerja/Instansi | : | ………………….. |

telah melaksanakan tugas sebagai ………………… selama …… tahun ………... bulan, **secara terus menerus**, mulai terhitung mulai tanggal …… bulan……. Tahun ……. Sampai dengan surat keterangan ini saya buat.

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

………, … ………. 2022

Jabatan ………………\*)

**(Stempel unit kerja dan ttd)**

Nama

\*) bagi jabatan fungsional Kesehatan, Ditandatangani oleh Kepala Puskesmas / Kepala Rumah Sakit / Pejabat Pimpinan Tinggi Pratama / Pejabat administrator / Direktur / Kepala divisi yang membidangi sumber daya manusia