

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....

Tempat/Tgl Lahir : .....

Program Studi : .....

Alamat Rumah : .....

.....

Nomor *Handphone* : .....

Dengan ini menyatakan sebenar-benarnya bahwa saya :

1. Sanggup mentaati semua peraturan dan tata tertib yang berlaku di Politeknik Kesehatan Kemenkes Surakarta (baik peraturan yang berlaku di Direktorat maupun di Jurusan/Program Studi di lingkungan Politeknik Kesehatan Kemenkes Surakarta).
2. Bersedia tidak hamil selama mengikuti pendidikan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Surakarta, apabila saya melanggar ketentuan tersebut maka saya bersedia menerima sanksi yang ditetapkan.
3. Apabila saya mengundurkan diri, maka semua biaya yang sudah dibayarkan tidak dapat diambil kembali.
4. Surat pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran, tidak ada paksaan, dan tekanan dari pihak lain.

Demikian pernyataan ini saya buat dan tanda tangani, untuk keperluan mengikuti pendidikan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Surakarta.

Mengetahui :  
Orangtua/Wali,

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 2018  
Yang Membuat pernyataan,

Materai  
Rp 6.000,-

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_