|  |
| --- |
| **No. /** |

 **Bidang Kesehatan**

**Checklist Persyaratan**

|  |
| --- |
| **Surat Izin Praktik Dokter Gigi (Praktik Perseorangan)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kewenangan** | Kecamatan |
| **Pengertian** | Bukti tertulis yang diberikan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota kepada dokter dan dokter gigi yang telah memenuhi persyaratan untuk menjalankan praktik kedokteran |
| **Dasar Hukum** | Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/MENKES/PER/X/2011 |
| **Diajukan Melalui Web** | Jakevo |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Persyaratan** | **Ada** | **Tidak ada** |
| **1** | Menginput Formulir Surat Izin Praktik Dokter Gigi (Praktik Perseorangan) secara elektronik melalui *jakevo.jakarta.go.id* |  |  |
| **2** | Identitas Pemohon/Penanggung Jawab (Scan Asli)* WNI : Kartu Tanda Penduduk (e-KTP)
 |  |  |
| **3** | Perjanjian Kerjasama Pengelolaan Limbah Medis Padat dan Cair dengan pihak lain yg telah memiliki Izin Pengelolaan Limbah dari Kementerian Lingkungan Hidup  |  |  |
| **4** | Surat Tanda Registrasi (STR) yang masih berlaku (Scan yang dilegalisasi), jika e-STR (lampiran Scan Asli) |  |  |
| **5** | Scan Asli Ijazah |  |  |
| **6** | Surat pernyataan di atas kertas bermaterai sesuai peraturan yang berlaku dari pemohon yang menyatakan:* + Tidak melakukan tindakan aborsi
	+ Mentaati peraturan yang berlaku dan melaksanakan etika profesi
 |  |  |
| **7** | Surat pernyataan akan bekerja sama dengan puskesmas kecamatan setempat di atas kertas bermaterai sesuai peraturan yang berlaku |  |  |
| **8** | Surat keterangan dari pimpinan bagi PNS atau TNI atau POLRI |  |  |
| **9** | Surat Pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktik (bermaterai sesuai peraturan yang berlaku) |  |  |
| **10** | Foto lokasi tempat praktik (tampak muka dan tampak dalam) |  |  |
| **11** | Pasfoto berwarna terbaru ukuran 4x6 cm  |  |  |
| **12** | **Bukti Kepemilikan Tanah**Jika Milik Pribadi* Sertifikat Tanah/ Akte Waris/ Akte Hibah/ Akte Jual Beli (AJB), bila bukan atas nama pemohon , lampirkan data pendukung

Jika tanah atau bangunan disewa:* Perjanjian sewa-menyewa tanah atau bangunan
* Kartu Tanda Penduduk (KTP) pemilik tanah atau bangunan *(Scan Asli)*
 |  |  |
| **13** | Izin Terdahulu Atau Surat Keterangan Hilang Dari Pejabat Yang Berwenang, Jika Perpanjangan Atau Perubahan |  |  |

Kelengkapan Berkas:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Langkah Prosedur** | **Tgl Diterima** | **Tgl Penyelesaian** | **Paraf** |
| 1 | Front Office |  |  |  |
| 2 | Tim Teknis* Survey / Tidak Survey
 |  |  |  |
| 3 | Kasubag TU |  |  |  |
| 4 | Kepala Unit PTSP |  |  |  |
| 5 | Petugas penomeran |  |  |  |
| 6 | Front Office |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Waktu Penyelesaian** | **Biaya Retribusi** | **Masa Berlaku** |
| 7 Hari Kerja | - | 5 Tahun |

**Catatan**

*Ket : Mohon memberi catatan apabila pemohon datang lebih dari satu kali atau mengalami hambatan dalam langkah prosedur*

|  |
| --- |
| **No. /** |

 **Bidang Kesehatan**

**Checklist Persyaratan**

|  |
| --- |
|  **Surat Izin Praktik Dokter Gigi** **(Penanggung Jawab Fasilitas Pelayanan Kesehatan)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kewenangan** | Kecamatan |
| **Pengertian** | Bukti tertulis yang diberikan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota kepada dokter dan dokter gigi yang telah memenuhi persyaratan untuk menjalankan praktik kedokteran |
| **Dasar Hukum** | Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/MENKES/PER/X/2011 |
| **Diajukan Melalui Web** | Jakevo |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Persyaratan** | **Ada** | **Tidak ada** |
| **1** | Menginput Formulir Surat Izin Praktik Dokter Gigi secara elektronik melalui *jakevo.jakarta.go.id* |  |  |
| **2** | Identitas Pemohon/Penanggung Jawab (Scan Asli)* WNI : Kartu Tanda Penduduk (e-KTP)
 |  |  |
| **3** | Izin Sarana :1. Izin Operasional / Sertifikat Standar yang telah terverifikasi untuk tenaga medis / tenaga kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan
2. NIB dan Sertifikat Standar belum terverifikasi untuk tenaga medis / tenaga kesehatan penanggung jawab pada fasilitas pelayanan kesehatan baru
 |  |  |
| **4** | Surat Tanda Registrasi (STR) yang masih berlaku (Scan yang dilegalisasi), jika e-STR (lampiran Scan Asli) |  |  |
| **5** | Scan Asli Ijazah |  |  |
| **6** | Surat Pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktik (bermaterai sesuai peraturan yang berlaku) |  |  |
| **7** | Surat pernyataan akan mentaati peraturan yang berlaku dan melaksanakan etika profesi (bermaterai sesuai peraturan yang berlaku) |  |  |
| **8** | Surat keterangan dari pimpinan bagi PNS atau TNI atau POLRI |  |  |
| **9** | Surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyatakan bekerja pada sarana yang bersangkutan sebagai penanggung jawab |  |  |
| **10** | Pasfoto berwarna terbaru ukuran 4x6 cm  |  |  |
| **11** | Izin Terdahulu Atau Surat Keterangan Hilang Dari Pejabat Yang Berwenang, Jika Perpanjangan Atau Perubahan |  |  |

Kelengkapan Berkas:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Langkah Prosedur** | **Tgl Diterima** | **Tgl Penyelesaian** | **Paraf** |
| 1 | Front Office |  |  |  |
| 2 | Tim Teknis* Survey / Tidak Survey
 |  |  |  |
| 3 | Kasubag TU |  |  |  |
| 4 | Kepala Unit PTSP |  |  |  |
| 5 | Petugas penomeran |  |  |  |
| 6 | Front Office |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Waktu Penyelesaian** | **Biaya Retribusi** | **Masa Berlaku** |
| 7 Hari Kerja | - | Sesuai STR |

**Catatan**

*Ket : Mohon memberi catatan apabila pemohon datang lebih dari satu kali atau mengalami hambatan dalam langkah prosedur*