****

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

 **Bidang Kesehatan**

**Checklist Persyaratan**

|  |
| --- |
| **Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut (di Fasilitas Kesehatan)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kewenangan** | Kelurahan |
| **Pengertian** | Bukti tertulis pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik keperawatan di fasilitas pelayanan kesehatan |
| **Dasar Hukum** | Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 Tahun 2016 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Terapis Gigi dan Mulut |
| **Diajukan Melalui Web** | Jakevo |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Persyaratan** | **Ada** | **Tidakada** |
| **1** | Menginput Formulir Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut (di Fasilitas Kesehatan) secara elektronik melalui *jakevo.jakarta.go.id* |  |  |
| **2** | Identitas Pemohon/Penanggung Jawab (Scan Asli)* WNI : Kartu Tanda Penduduk (e-KTP)
 |  |  |
| **3** | **Jika dikuasakan**Surat kuasa di atas kertas bermaterai sesuai peraturan yang berlaku dan KTP-el orang yang diberi kuasa |  |  |
| **4** | Izin Sarana :1. Izin Operasional / Sertifikat Standar yang telah terverifikasi untuk sarana kesehatan perpanjangan
2. NIB dan Sertifikat Standar belum terverifikasi untuk sarana kesehatan baru
 |  |  |
| **5** | Surat Tanda Registrasi (STR) yang masih berlaku (Scan yang dilegalisasi), jika e-STR (lampiran Scan Asli) |  |  |
| **6** | Surat pernyataan akan mentaati peraturan yang berlaku dan melaksanakan etika profesi (bermaterai sesuai peraturan yang berlaku)  |  |  |
| **7** | Ijazah (Scan Asli) |  |  |
| **8** | Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik |  |  |
| **9** | Surat keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan yang menyatakan bekerja pada sarana yang bersangkutan |  |  |
| **10** | Pasfoto berwarna terbaru ukuran 4x6 cm  |  |  |
| **11** | Rekomendasi dari Organisasi Profesi |  |  |

Kelengkapan Berkas:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Langkah Prosedur** | **Tgl Diterima** | **Tgl Penyelesaian** | **Paraf** |
| 1 | Front Office |  |  |  |
| 2 | Back Office* Survey/Tidak Survey
 |  |  |  |
| 3 | Kepala UP PMPTSP |  |  |  |
| 4 | Petugas penomeran |  |  |  |
| 5 | Front Office |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Waktu Penyelesaian** | **Biaya Retribusi** | **Masa Berlaku** |
| 3 Hari Kerja | - | Sesuai STR |

**Catatan**

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