****

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

 **Bidang Kesehatan**

**Checklist Persyaratan**

|  |
| --- |
| **Izin Praktik Optometris (di Fasilitas Kesehatan)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kewenangan** | UP PMPTSP Kecamatan |
| **Pengertian** | Bukti tertulis pemberian kewenangan untuk menjalankan pekerjaan Optometris pada fasilitas pelayanan kesehatan. |
| **Dasar Hukum** | Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Refraksionis Optisien dan Optometris  |
| **Diajukan Melalui Web** | Jakevo |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Persyaratan** | **Ada** | **Tidakada** |
| **1** | Menginput Formulir Izin Praktik Optometris secara elektronik melalui *Jakevo.jakarta.go.,id* |  |  |
| **2** | **Identitas Pemohon/Penanggung Jawab (Scan Asli)*** WNI : Kartu Tanda Penduduk (KTP-el*)* dan Kartu Keluarga (KK)
* WNA : Kartu Kartu Izin Tinggal Terbatas (KITAS) atau VISA / Paspor
 |  |  |
| **3** | **Jika dikuasakan**Surat kuasa di atas kertas bermaterai sesuai peraturan yang berlaku dan KTP 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** | Scan Asli Ijazah (Lulusan pendidikan Diploma Empat atau Sarjana Terapa Optometri atau Sarjana Profesi Optometri) |  |  |
| **6** | Scan yang dilegalisasi STRO (STR Optisen) dari MTKI, jika e-STRO (lampiran Scan Asli) |  |  |
| **7** | Surat Keterangan Sehat Dari Dokter yang memiliki Surat Izin Praktik |  |  |
| **8** | Surat Pernyataan memiliki tempat kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang bersangkutan |  |  |
| **9** | Pas foto berwarna terbaru ukuran 4x6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar berlatarbelakang merah |  |  |
| **10** | Rekomendasi dari Organisasi Profesi |  |  |

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** |
| untuk praktik perorangan : 7 Hari kerja, faskes: 3 Hari kerja | - | Sesuai STR |

**Catatan**

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