****

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

 **Bidang Kesehatan**

**Checklist Persyaratan**

|  |
| --- |
| **Izin Praktik Okupasi Terapi (di Fasilitas Kesehatan)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kewenangan** | UP PMPTSP Kecamatan |
| **Pengertian** | Bukti tertulis pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik Okupasi Terapi pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan. |
| **Dasar Hukum** | Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerja dan Praktik Okupasi Terapi |
| **Diajukan Melalui Web** | Jakevo |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Persyaratan** | **Ada** | **Tidakada** |
| **1** | Menginput Formulir Izin Praktik Okupasi Terapi 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 Izin Tinggal Terbatas (KITAS) atau VISA / Paspor
 |  |  |
| **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** |  Pasfoto berwarna terbaru ukuran 4x6 cm  |  |  |
| **7** | Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik (SIP) |  |  |
| **8** | Surat keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan yang menyatakan bekerja pada sarana yang bersangkutan |  |  |
| **9** | Surat Pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktik (bermaterai sesuai peraturan yang berlaku) |  |  |
| **10** | Surat pernyataan akan mentaati peraturan yang berlaku dan melaksanakan etika profesi (bermaterai sesuai peraturan yang berlaku) |  |  |
| **11** | Untuk mengurus Surat Izin Praktik Okupasi Terapis (SIPOT) kedua, lampirkan SIPOT pertama (Scan Asli) |  |  |

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** |
|  3 Hari kerja | - | 5 Tahun |

**Catatan**

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