****

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

 **Bidang Kesehatan**

**Checklist Persyaratan**

**Izin Ahli Kecantikan**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kewenangan** | UP PMPTSP Kelurahan |
| **Pengertian** | Bukti tertulis pemberian kewenangan untuk menjalankan pekerjaan sebagai Ahli Kecantikan. |
| **Dasar Hukum** | Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2014 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1148/MENKES/PER/VI/2011 tentang Pedagang Besar Farmasi  |
| **Diajukan Melalui Web** | Jakevo |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Persyaratan** | **Ada** | **Tidakada** |
| **1** | Menginput Formulir Tanda Daftar Usaha Kesehatan (Izin Ahli Kecantikan) secara elektronik melalui *Jakevo.jakarta.go.,id* |  |  |
| **2** | **Identitas Pemohon/Penanggung Jawab (Scan Asli)*** WNI : Kartu Tanda Penduduk (KTP-el) dan Kartu Keluarga (KK)
 |  |  |
| **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 Biodata ahli kecantikan |  |  |
| **6** | Scan Asli Sertifikat Keahlian  |  |  |
| **7** | Ijazah formal atau non formal  |  |  |
| **8** | Surat pernyataan dari pemohon di atas kertas bermaterai sesuai peraturan yang berlaku yang menyatakan kesediaan tunduk kepada peraturan yang berlaku |  |  |
| **9** | Surat keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan yang menyatakan bekerja pada sarana yang bersangkutan |  |  |
| **10** | Pasfoto berwarna terbaru ukuran 4x6 cm berlatar belakang merah |  |  |

Kelengkapan Berkas:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Langkah Prosedur** | **Tgl Diterima** | **Tgl Penyelesaian** | **Paraf** |
| 1 | Front Office |  |  |  |
| 2 | Back Office* Survey/Tidak Survey
 |  |  |  |
| 3 | Kepala Unit PTSP |  |  |  |
| 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*