****

|  |
| --- |
| **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 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** | 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** | Scan Asli Biodata ahli kecantikan |  |  |
| **5** | Scan Asli Sertifikat Keahlian |  |  |
| **6** | Ijazah formal atau non formal |  |  |
| **7** | Surat pernyataan dari pemohon di atas kertas bermaterai sesuai peraturan yang berlaku yang menyatakan kesediaan tunduk kepada peraturan yang berlaku |  |  |
| **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** | 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 | - | 5 Tahun |

**Catatan**

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