****

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

**Bidang Kesehatan**

**Checklist Persyaratan**

**Surat Izin Praktik Teknisi Kardiovaskuler**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kewenangan** | UP PMPTSP Kecamatan |
| **Pengertian** | Bukti tertulis yang diberikan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota kepada Teknisi Kardiovaskuler sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik |
| **Dasar Hukum** | Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2015 |
| **Diajukan Melalui Web** | Jakevo |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Persyaratan** | **Ada** | **Tidakada** |
| **1** | Menginput Formulir Tanda Daftar Usaha Kesehatan (Surat Izin Praktik Teknisi Kardiovaskuler) 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** | **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** | Surat Tanda Registrasi (STR-TKV) atau STR-TKV sementara (untuk WNA) yang masih berlaku (Scan yang dilegalisasi), jika e-STR (lampiran Scan Asli) |  |  |
| **6** | Rekomendasi dari organisasi profesi (Perhimpunan Ahli Teknisi Kardiovaskuler Indonesia) cabang di wilayah tempat praktik |  |  |
| **7** | Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik (SIP) |  |  |
| **8** | Surat Keterangan bekerja/berpraktik dari Pimpinan Fasilitas Kesehatan yang bersangkutan |  |  |
| **9** | Surat pernyataan diatas kertas bermaterai sesuai peraturan yang berlaku dari pemohon yang menyatakan tunduk kepada peraturan yang berlaku |  |  |
| **10** | Pasfoto berwarna terbaru ukuran 4x6 berlatar belakang merah |  |  |
| **11** | Scan Asli SIP pertama (jika permohonan SIP kedua) |  |  |

KelengkapanBerkas:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | - | Sesuai STR |

**Catatan**

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