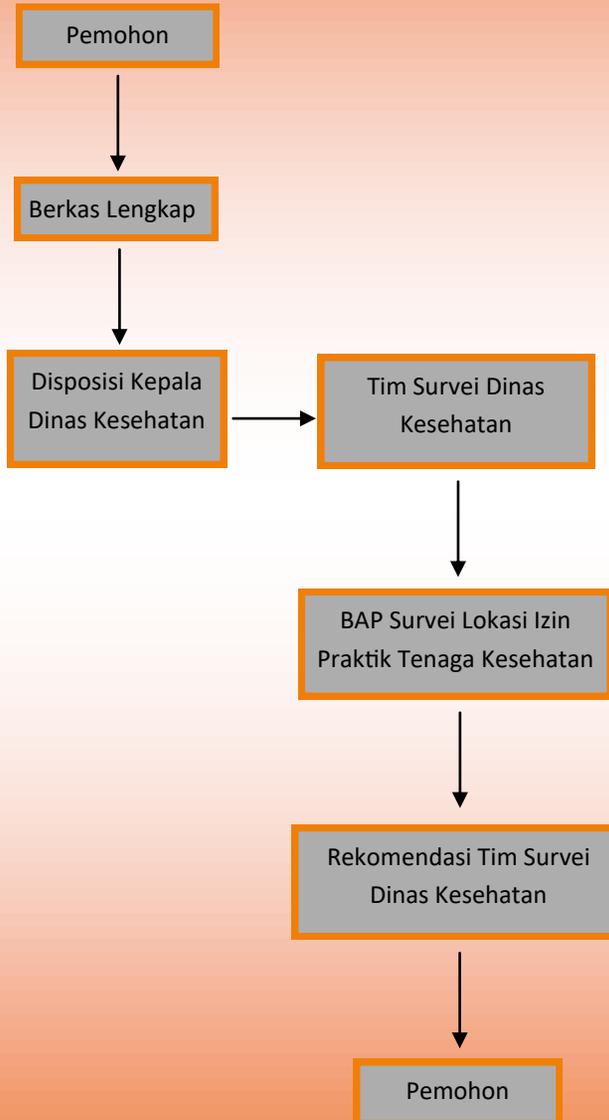


**SANKSI TERHADAP PELANGGARAN
KETENTUAN PERATURAN
PERUNDANG-UNDANGAN**

1. Teguran lisan
2. Teguran tertulis
3. Pencabutan izin tenaga kesehatan

**ALUR REKOMENDASI IZIN KERJA/
PRAKTIK TENAGA KESEHATAN, PENYE-
LENGGARAAN OPTIKAL, DAN KESTRAD**



**DINAS KESEHATAN
KABUPATEN PESAWARAN**

**PRODUK LAYANAN PERIZINAN TENAGA
KESEHATAN, PENYELENGGARAAN
OPTIKAL, DAN KESTRAD**

1. Rekomendasi Izin Praktik Psikolog Klinis
2. Rekomendasi Izin Kerja Radiografer
3. Rekomendasi Izin Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik (ATLM)
4. Rekomendasi Izin Praktik Tenaga Kesehatan Tradisional
5. Rekomendasi Izin Kerja Refraksionis Optisien atau Optometris
6. Rekomendasi Surat Terdaftar Penyehat Tradisional

MAKLUMAT PELAYANAN

Dengan ini kami menyatakan sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan dan apabila tidak menepati, kami siap menerima sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Kepala Dinas Kesehatan

Kabupaten Pesawaran

dr. Media Apriliana, MKM

Nomor Pengaduan : (0721) 8032004



SYARAT REKOMENDASI IZIN PRAKTIK PSIKOLOG KLINIS

1. Fotokopi ijazah yang dilegalisir
2. Fotokopi STRPK yang masih berlaku dan dilegalisir
3. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP
4. Surat pernyataan memiliki tempat praktik atau surat keterangan dari pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat Psikolog Klinis berpraktik
5. Pas Foto terbaru dan berwarna ukuran 4x6 sebanyak 3 lembar
6. Rekomendasi dari Organisasi Profesi

SYARAT REKOMENDASI IZIN KERJA RADIOGRAFER

1. Fotokopi ijazah yang dilegalisir
2. Fotokopi STRR
3. Surat keterangan sehat dari Dokter yang memiliki SIP
4. Surat keterangan bekerja dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang bersangkutan
5. Pas Foto berwarna ukuran 4x6 sebanyak 3 lembar
6. Rekomendasi dari Organisasi Profesi

SYARAT REKOMENDASI IZIN PRAKTIK AHLI TEKNOLOGI LABORATORIUM MEDIK

1. Fotokopi ijazah yang dilegalisasi
2. Fotokopi STR--ATLM
3. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Ijin Praktik
4. Surat keterangan bekerja dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang bersangkutan
5. Pas Foto terbaru ukuran 4x6 sebanyak 3 lembar
6. Rekomendasi dari Organisasi Profesi

SYARATAN UNTUK MENGAJUKAN REKOMENDASI SIP-ATLM YANG KETIGA

1. SIP-ATLM yang pertama dan kedua
2. Surat persetujuan langsung bagi Ahli Teknologi Laboratorium Medik yang bekerja pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan
3. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Provinsi

SYARAT REKOMENDASI IZIN PRAKTIK TENAGA KESEHATAN TRADISIONAL

1. STRTKT yang masih berlaku
2. Surat pernyataan memiliki tempat praktik atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan tradisional

SYARAT REKOMENDASI IZIN KERJA REFRAKSIONIS OPTISIEN ATAU OPTOMETRIS

1. Fotokopi Ijazah yang dilegalisir
2. Fotokopi STRO atau STRRO
3. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Ijin Praktik
4. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang bersangkutan
5. Pas foto terbaru ukuran 4x6 sebanyak 3 lembar
6. Rekomendasi dari Organisasi Profesi

SYARAT REKOMENDASI SURAT TERDAFTAR PENYEHAT TRADISIONAL (STPT)

1. Surat pernyataan metode/ teknik yang diberikan
2. Fotokopi KTP
3. Pasfoto terbaru 4x6 sebanyak 2 lembar
4. Surat keterangan lokasi tempat praktik dari lurah
5. Surat penganar dari Puskesmas
6. Surat Rekomendasi dari asosiasi sejenis atau surat keterangan dari tempat kerja kegiatan magang