FORMAT SURAT KETERANGAN MEDIS (FORMASI DISABILITAS)

KOP SURAT RUMAH SAKIT / PUSKESMAS

SURAT KETERANGAN MEDIS PENYANDANG DISABILITAS

Nomor: .....

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama dokter : .....

Nomor registrasi dokter : .....

Fasilitas pelayanan Kesehatan : .....

Menerangkan bahwa:

Nama : .....

Tanggal lahir : .....

Telah menjalani pemeriksaan medis pada tanggal .....

Berdasarkan hasil pemeriksaan, yang bersangkutan memiliki:

1. Jenis disabilitas : .....
2. Derajat/tingkat disabilitas berdasarkan hasil pemeriksaan : .....
3. Kondisi fungsi gerak : .....
4. Kemampuan aktivitas fungsional : .....
5. Kebutuhan alat bantu : .....

Keterangan ini dibuat berdasarkan hasil pemeriksaan medis untuk keperluan administrasi seleksi Rekrutmen Calon Pegawai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Non ASN Yang Berasal Dari Tenaga Profesional Lainnya Pada Rumah Sakit Umum Daerah Brebes Kelas B Kabupaten Brebes Tahun Anggaran 2026

....., ...2026

Dokter pemeriksa,

(.....)

Nb: sertakan tandatangan dan Stempel