



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA FAKULTAS KEDOKTERAN

Komplek Kampus 4 UMS Gonilan Kartasura

Jl. A. Yani Tromol Pos 1 Pabelan Kartasura Telp (0271) 716844, Fax (0271) 724883 Surakarta 57102 E-mail : kedokteran@ums.ac.id.

FORMULIR PENDAFTARAN DOKTER MUDA PERIODE _____ (Untuk pendaftaran di FK UMS, dikumpulkan ke Bagian Profesi FK UMS)

TEMPEL DI
SINI.
FOTO
BACKGROUND
BIRU
3X4

1. IDENTITAS CALON DOKTER MUDA

- Nama (Ijazah SMA) :
- NIM S1 :
- Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan (coret yang tidak sesuai)
- Tempat Lahir :
- Tanggal Lahir :
- Agama :
- Nomer HP/Telp 1 :
- Nomer HP/Telp 2 :
- Nama SMA :
- Kota/Kab SMA :
- Jurusan SMA :
- Email :
- IPK S1 :
- Alamat (RT / RW) :
- Kelurahan :
- Kecamatan :
- Kabupaten :
- Propinsi :
- Kode Pos :

2. IDENTITAS ORANG TUA

- Nama Ayah :
- Nama Ibu :
- Nomer HP/Telp :



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA FAKULTAS KEDOKTERAN

Komplek Kampus 4 UMS Gonilan Kartasura

Jl. A. Yani Tromol Pos 1 Pabelan Kartasura Telp (0271) 716844, Fax (0271) 724883 Surakarta 57102 E-mail : kedokteran@ums.ac.id.

Lanjutan : Identitas Orang Tua

- Alamat (RT/RW) :
-
- Kelurahan :
- Kecamatan :
- Kabupaten :
- Propinsi :
- Kode Pos :
- Gaji : centang (v) pilihan di bawah ini yang sesuai
 - < 3 juta 3 – 5 juta 5 – 10 juta > 10 juta

3. IDENTITAS WALI ORANG TUA

- Nama Wali :
- Nomer HP/Telp :
- Alamat Lengkap :
-
-

Bersama ini, saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa isian data serta lampiran dalam formulir ini adalah benar dan dapat saya pertanggungjawabkan serta saya mengajukan diri untuk mengikuti Program Kepaniteraan Klinik FK UMS dengan melampirkan persyaratan sebagai berikut :

NO	PERSYARATAN	JUMLAH	CEK
1	SKL S1 Asli / Fotokopi yang dilegalisir oleh Kaprodi S1	1	
2	Fotokopi Bukti Pembayaran SPP Kepaniteraan Klinik Cicilan ke 1	1	
3	Pas foto berwarna (background BIRU-dop, jangan gilap/glossy, muslimah berjilbab, ukuran 3x4 dan 4x6)	@ ukuran : 4	
4	Fotokopi KTP	1	
5	Surat Pernyataan	1	

**Surakarta,
Pendaftar,**



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA
FAKULTAS KEDOKTERAN

Komplek Kampus 4 UMS Gonilan Kartasura

Jl. A. Yani Tromol Pos 1 Pabelan Kartasura Telp (0271) 716844, Fax (0271) 724883 Surakarta 57102 E-mail : kedokteran@ums.ac.id.

SURAT PERNYATAAN

Assalaamu'alaikum Wr Wb

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :

NIM :

Periode Kepaniteraan Klinik :

Menyatakan :

1. Sanggup memenuhi membayar administrasi keuangan tepat waktu (sesuai jadwal pembayaran cicilan SPP *autodebet* per 3 bulan). Apabila melebihi batas waktu yang ditentukan, Saya bersedia menerima sanksi penundaan stase.
2. Bersedia membayar denda Rp 500.000,- per bulan yang ditetapkan universitas, apabila melebihi masa studi yang sudah ditentukan (masa studi dihitung 2 tahun, dari awal siklus hingga pra yudisium kepaniteraan klinik).
3. Sanggup membayar biaya *Crash Program* sesuai aturan yang ditetapkan oleh fakultas jika dalam pelaksanaan kepaniteraan klinik dinyatakan oleh Dosen Klinik harus :
 - ✓ Menjalani perpanjangan stase tertentu
 - ✓ Menjalani pengalihan pengujian

Demikian, surat pernyataan ini saya tandatangani secara sadar tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Wassalaamu'alaikum Wr Wb

Surakarta,

Materei Rp 6000,-



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA

FAKULTAS KEDOKTERAN

Komplek Kampus 4 UMS Gonilan Kartasura

Jl. A. Yani Tromol Pos 1 Pabelan Kartasura Telp (0271) 716844, Fax (0271) 724883 Surakarta 57102 E-mail : kedokteran@ums.ac.id.

FORMULIR PENDAFTARAN DOKTER MUDA PERIODE _____

(Untuk pendaftaran di One Day Service UMS, dikumpulkan ke Kepala TU FK UMS)

A. DATA PENDAFTAR DOKTER MUDA

1. Nama (Ijazah SMA) :
2. Tempat Lahir :
3. Tanggal Lahir :
4. Alamat (sesuai KTP) :
5. Nomer HP :
6. Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan (**coret yang tidak sesuai**)
7. NIM S1 :
8. Data Orang Tua
 - Nama Ayah :
 - Nama Ibu :
9. Data Sekolah SMA
 - Nama SMA :
 - Kabupaten/Kota SMA :
 - Propinsi SMA :

B. SYARAT YANG WAJIB DILAMPIRKAN DALAM FORMULIR INI :

NO	SYARAT	JUMLAH	CEK
1	Fotokopi KTP	2 lembar	
2	Foto Berwarna 2x3 (background BIRU, DOP)	2 lembar	
3	Foto Berwarna 4x6 (background BIRU, DOP)	4 lembar	
4	Foto HITAM PUTIH 4x6 (DOP)	2 lembar	
5	Fotokopi Transkrip Nilai S1 (di Legalisir Kaprodi S1)	1 lembar	
6	Fotokopi SKL/Ijazah S1 (di Legalisir Kaprodi S1)	1 lembar	
7	Fotokopi Kartu Keluarga	1 lembar	
8	Fotokopi Slip Cicilan ke 1 SPP Kepaniteraan Klinik	1 lembar	

Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa isian data serta lampiran dalam formulir ini adalah benar dan dapat saya pertanggungjawabkan.

**Surakarta,
Pendaftar,**
