

Formulir Pendaftaran

PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SUBSPESIALIS

Nama : _____

Nomor Peserta : _____

Program Studi : _____

Semester : Gasal/Genap^{*)} tahun ajaran _____

*) coret yang tidak perlu



UNIVERSITAS SYIAH KUALA



UNIVERSITAS SYIAH KUALA

PUSAT PENERIMAAN MAHASISWA
BARU PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER
SUBSPESIALIS

FORMULIR PENDAFTARAN PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SUBSPESIALIS ILMU PENYAKIT DALAM	Foto ukuran 3 x 4 berwarna Tanda-tangan
Dikirim oleh instansi asal : ☐ Departemen Pemerintah ☐ BUMN ☐ FK Negeri / Swasta ☐ RS Negeri / Swasta Dengan surat no tanggal Nama Pemohon : Lampiran : ☐ Surat pengantar dari instansi tempat bekerja mengirimkan tugas belajar disertai alasannya ☐ SK Penempatan/SK Dokter Tetap ☐ Fotokopi ijazah Dokter Spesialis Penyakit Dalam (telah dilegalisasi) ☐ Fotokopi transkrip nilai akademik Dokter Spesialis Penyakit Dalam (telah dilegalisasi) ☐ Fotokopi sertifikat kompetensi Dokter Spesialis Penyakit Dalam dari KIPD ☐ Fotokopi Surat Tanda Registrasi (STR) Dokter Spesialis Penyakit Dalam dari KKI ☐ Surat keterangan sehat fisik dan mental dari dokter yang memiliki SIP ☐ Rekomendasi PAPDI Cabang sesuai domisili calon peserta ☐ Nilai TOEFL minimal 450 / IELT minimal 6, 2 tahun terakhir ☐ Surat referensi dari 3 nama (<i>peer group</i> terkait, jabatan/tempat tugas, bebas) ☐ Pas foto berwarna ukuran 3 x 4 (6 lembar; 4 ditempel, 2 disertakan)	

BAGIAN I : RIWAYAT PRIBADI

1.	Nama lengkap (cantumkan juga gelar) :	
2.	Tempat dan tanggal lahir :	☐ Laki-laki ☐ Perempuan
3.	Agama :	



UNIVERSITAS SYIAH KUALA
PUSAT PENERIMAAN MAHASISWA
BARU PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER
SUBSPESIALIS

4. Alamat korespondensi :	Alamat rumah :
Telepon : Fax :	Telepon : Fax :
Hp : Email :	

5. Riwayat keluarga

Ayah
Nama :
Agama :
Alamat :
Pekerjaan/jabatan :

Ibu
Nama :
Agama :
Alamat :
Pekerjaan/jabatan :

Isteri atau Suami

Nama :
Tempat/tanggal lahir :
Agama :
Tanggal perkawinan :
Pekerjaan/jabatan :
Anak-anak
(nama, tempat dan tanggal lahir, pendidikan)

BAGIAN II : RIWAYAT PENDIDIKAN

TINGKAT PENDIDIKAN	NAMA SEKOLAH / INSTITUSI PENDIDIKAN	KOTA	LAMA PENDIDIKAN (xxxx s/d xxxx)
1. Dokter Umum :			
2. Dokter Spesialis Penyakit Dalam :			
6. Pendidikan / Pelatihan lain (perinci) :			



UNIVERSITAS SYIAH KUALA
PUSAT PENERIMAAN MAHASISWA
BARU PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER
SUBSPESIALIS

PENDIDIKAN / PELATIHAN DI DALAM NEGERI			
No	Nama Pendidikan / Pelatihan	Tempat & Lama Pendidikan / Pelatihan	Tujuan Pendidikan / Pelatihan
PENDIDIKAN / PELATIHAN DI LUAR NEGERI			

BAGIAN III : RIWAYAT PEKERJAAN

1. Riwayat Pekerjaan di instansi pemerintah maupun swasta dan tahun bertugas :				
No	Institusi Tempat Kerja	SMF / Bagian tempat kerja	Jabatan	Periode th s/d
1.				
2.				
3.				
4.				
2. Institusi Kerja dan Jabatan sekarang				
No	Institusi Tempat Kerja	SMF / Bagian tempat kerja	Jabatan	Periode th s/d
1.				
2.				
3.				
3. Fasilitas Pelayanan Institusi Tempat Kerja Saat Ini				
No	Fasilitas	Ada	Tidak	
1.	Poliklinik Umum			
2.	Poliklinik Spesialis (sebutkan)			
	a.			
	b.			
	c.			
	d.			
	e.			
	f.			
3.	Poliklinik Sub Spesialis (sebutkan)			
	a.			
	b.			



UNIVERSITAS SYIAH KUALA
PUSAT PENERIMAAN MAHASISWA
BARU PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER
SUBSPESIALIS

	c.					
	d.					
	e.					
	f.					
4. Publikasi sebagai Penulis Utama atau Pembantu (3 tahun terakhir, setelah lulus SpPD)						
Judul	Sebagai Penulis		Publikasi			Tahun dan Tempat (untuk majalah sertakan Vol, No. & th)
	Utama	Pembantu	Majalah	Buku	Presentasi	
5. Penghargaan dari pemerintah atau swasta (lampirkan foto kopinya)						

BAGIAN IV : PEMINATAN YANG DIINGINKAN

1. Peminatan / kekhususan yang diinginkan (hanya 1 pilihan) Beri tanda √ pada kotak ☐ Endokrinologi Metabolik dan Diabetes ☐ Ginjal Hipertensi ☐ Kardiovaskular		
2. Uraikan secara singkat alasan memilih Peminatan di atas		
3. Referensi (lampirkan surat dari 3 nama yang dapat dihubungi lebih lanjut oleh Institusi Pendidikan untuk tambahan informasi dari Saudara)		
Nama	Jabatan	Catatan
		(dari peminatan terkait)
		(dari tempat tugas)
		(bebas)



UNIVERSITAS SYIAH KUALA
PUSAT PENERIMAAN MAHASISWA
BARU PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER
SUBSPESIALIS

BAGIAN V : PERNYATAAN

Saya , , yang bertandatangan di bawah ini dengan ini menyatakan sebagai berikut :

1. Semua keterangan yang ditulis adalah B E N A R
2. Saya tidak berkeberatan jika Tim Penilai / Verifikasi menanyakan langsung mengenai hal ihwal saya kepada mereka yang saya tulis dalam kolom referensi.
3. Saya tidak berkeberatan jika Tim Penilai / Verifikasi melaksanakan test-test khusus (akademik, kesehatan, psiko-test, dll) dalam rangka lamaran ini.
4. Jika saya diterima dalam Program Pendidikan Dokter Subspesialis Penyakit Dalam, maka saya akan mentaati segala ketentuan yang berlaku.
5. Setelah selesai pendidikan saya akan mentaati peraturan sesuai ketentuan yang berlaku.

.....
Pelamar,

materai
10.000

(Nama pelamar, tanda tangan di atas materai)