**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : ..................................

NIP : ..................................

Jabatan : Kabid / Kasi/ Bendahara / KaTu/Sekdis/ Atasan langsung

Dengan ini menyatakan bahwa, peserta atas nama :

Nama : ..................................

NIP : ...................................

Jabatan : ...................................

Nama Pelatihan : **Pelatihan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) bagi**

**Tenaga Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)**

Tanggal Pelatihan : 20 Februari s.d. 02 Maret 2024

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa *(diisi nama Instansi)* tidak membayarkan biaya paket data dan komunikasi setiap bulan bagi pegawainya, maka peserta ybs dapat diberikan paket data pada Pelatihan yang diselenggarakan oleh Balai Besar Pelatihan Kesehatan Ciloto, dan saya bertanggung jawab penuh atas penggunaannya.

Apabila dikemudian hari, atas pencairan dan penggunaan paket data tersebut mengakibatkan kerugian negara, maka saya bersedia dituntut sesuai dengan peraturan perundang – undangan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya, dan tanpa paksaan dari siapapun.

............................... 2024

Kabid/Kasi/Bendahara/KaTu/Sekdis/Atasan langsung

.....................................................

NIP. .......................................