***KOP SURAT INSTANSI***

**SURAT PERNYATAAN PIMPINAN**

Yang bertanda tangan di bawah Ini

Nama :

NIP / NRP / NIK :

Jabatan :

Unit Kerja / Instansi :

Menyatakan bahwa:

Nama :

NIP / NRP / NIK :

Tempat, Tanggal Lahir :

Unit Kerja / Instansi :

Benar telah memiliki pengalaman menggunakan Alat Test Cepat Molekuler (TCM) selama 2 tahun dan diberikan izin untuk menjadi tim pelatih termasuk diantaranya monitoring dan evaluasi pelaksanaan Pelatihan Pemeriksaan Tuberkulosis Menggunakan Alat Tes Cepat Molekuler (TCM) bagi Tenaga Laboratorium di Fasilitas Kesehatan di wilayah.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya

|  |  |
| --- | --- |
|  | Tanggal, Bulan, Tahun  Mengetahui,  Jabatan Pimpinan  Nama  NIP. |