***KOP SURAT INSTANSI***

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah Ini

Nama :

NIP :

Tempat, Tanggal Lahir :

Alamat :

Unit Kerja / Instansi :

Dengan ini saya menyatakan sanggup mengikuti **………………………………………..** secara penuh dan mematuhi segala aturan yang diberikan oleh Penyelenggara dalam hal ini Balai Besar Pelatihan Kesehatan (BBPK) Ciloto serta bersedia menjalani tugas dan kewajiban yang akan diberikan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya, dan saya bersedia menerima segala tindakan yang diambil oleh Pemerintah, apabila dikemudian hari terbukti pernyataan saya tidak benar.

 ……… ……. 2023

Mengetahui Atasan, Yang membuat pernyataan

………..…………………….. …………………………..

NIP. NIP.