***KOP SURAT INSTANSI***

**SURAT PERNYATAAN PIMPINAN**

Yang bertanda tangan di bawah Ini :

Nama : *(diisi nama atasan)*

Jabatan : *(diisi jabatan atasan)*

Unit Kerja / Instansi : *(diisi asal Instansi)*

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

Nama Peserta : *(diisi nama peserta)*

Pelatihan :

 Pelatihan Pemeriksaan Tuberkulosis (TBC) dengan Menggunakan Alat Tes Cepat Molekuler (TCM) di Fasilitas Kesehatan

Tanggal Pelatihan : 16 - 26 April 2024

Menyatakan bahwa setelah mengikuti pelatihan yang bersangkutan akan tetap bekerja sebagai petugas surveilans di (*diinstansi peserta*) minimal 2 (dua) tahun.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya

Tanggal, Bulan, Tahun

Yang membuat pernyataan

 ***Materai 10.000***

Nama Atasan