***KOP SURAT INSTANSI***

**SURAT PERNYATAAN**

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 Surveilans Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan

Imunisasi (PD3i) Bagi Petugas Surveilans di Kabupaten/Kota dan

Provinsi

Tanggal Pelatihan : ……….. s.d. ……… 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