SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

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

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

Jabatan : Pejabat Pembuat Komitmen/Atasan Langsung

Dengan ini menyatakan bahwa, peserta atas nama :

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

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

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

Nama Pelatihan : Pelatihan Pelayanan Paliatif Bagi Medis

 dan Tenaga Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Tanggal Pelatihan : 08 s/d 19 Juli 2024

 Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Satuan Kerja ............................. 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 bertanggungjawab 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.

 Ciloto, ............................... 2024

Pejabat Pembuat Komitmen/Atasan Langsung

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

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