KOP INSTANSI

**SURAT KETERANGAN PENGALAMAN KERJA1)**

Nomor: ………………………………..

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

NIP :

Jabatan :

Unit Kerja/Instansi :

Dengan ini menerangkan bahwa

Nama :

Tempat & tangal lahir :

Pendidikan :

Unit Kerja/Instansi :

telah melaksanakan tugas sebagai ………………………………… (***diutamakan*** ***jabatan yang relevan sesuai formasi yang dipilih***) selama …… tahun …….. bulan, terhitung mulai tanggal ………………….. sampai dengan tanggal ………………….. dan berkinerja baik.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya dan sebenar-benarnya untuk dapat digunakan sebagaimana perlunya.

|  | ……………………,……. September 2023Jabatan …………….. 2)Stempel Unit KerjattdNama |
| --- | --- |

1. Syarat Wajib
2. Bagi jabatan fungsional kesehatan, ditandatangani oleh Kepala Puskesmas/Kepala Rumah Sakit /Pejabat Pimpinan Tinggi Pratama /Pejabat administrator /Direktur /Kepala Divisi yang membidangi sumber daya manusia