**SURAT PERNYATAAN PATUH TERHADAP**

**SUMPAH AHLI KESEHATAN MASYARAKAT INDONESIA**

**IKATAN AHLI KESEHATAN MASYARAKAT INDONESIA**

(Diisi oleh pemohon yang belum melaksanakaan Sumpah AKM)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap :

Tempat, tanggal lahir :

Asal Perguruan Tinggi :

NPM/NIM :

Alamat Korespondensi :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nomor Anggota IAKMI :

IAKMI Daerah/Provinsi :

dengan ini menyatakan bahwa:

1. Saya telah memperoleh, membaca, dan memahami Sumpah Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia yang ditetapkan oleh Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia.
2. Saya akan mematuhi dan menerapkan Sumpah Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia tersebut dalam menjalankan profesi saya sebagai Ahli Kesehatan Masyarakat.
3. Saya bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia apabila terbukti melakukan pelanggaran terhadap Sumpah Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia tersebut.

Pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran tanpa tekanan dari pihak mana pun. Semoga Tuhan Yang Maha Esa memudahkan saya dalam mematuhi dan menerapkan Sumpah Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia, Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia.

Kota :

Tanggal :

 *tanda tangan pemohon*

 *di atas materai Rp. 10.000,-*

(………………………………………………………)

 (nama lengkap pemohon)

*NB: Setelah lengkap diisi, silakan dicetak/diprint, tandatangan di atas materai.*

 *Discan/foto, filenya diupload di aplikasi e-STR pada kolom yang ditentukan.*