

Kop Organisasi Profesi Fisioterapis Cabang Setempat

**SURAT REKOMENDASI
ORGANISASI PROFESI FISIOTERAPIS CABANG**

Berdasarkan Peraturan Nomor: tentang.....
dengan ini menyatakan bahwa :

Nama Lengkap :
Tempat dan Tanggal Lahir :
Nama Tempat Praktik/ Pelayanan :
Alamat Tempat Praktik/ Pelayanan :

Telah MEMENUHI/TIDAK MEMENUHI*) persyaratan sebagai Fisioterapis, dengan melampirkan:

- a. fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP);
- b. Fotokopi STR Fisioterapis yang masih berlaku dan dilegalisir;
- c. fotokopi surat keterangan sehat jasmani dan rohani; dan
- d. surat pernyataan bersedia mengikuti ketentuan peraturan perundangundangan dan etika profesi, sehingga direkomendasikan dapat melaksanakan Pelayanan Jasa Praktik Mandiri sebagai Fisioterapis

Demikian Surat Rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kota, Tanggal, Bulan, Tahun
Pimpinan/Ketua Organisasi
Profesi Fisioterapis Cabang

Tanda Tangan

.....Nama Lengkap.....

Keterangan:

*) Pilih salah satu/ coret yang tidak perlu.