

KOP SURAT RSUD

SURAT KETERANGAN DISABILITAS
DAN KEMAMPUAN FUNGSIONAL PENYANDANG DISABILITAS
PEMERIKSAAN DOKTER PEMERINTAH

Yang bertandatangan dibawah ini menerangkan bahwa :

Nama : L / P
Jabatan yang dilamar :
Kualifikasi pendidikan :
Unit Kerja Penempatan :
Tempat/Tgl Lahir : Usia: Tahun bulan
Alamat KTP :
Nomor HP :

Setelah dilakukan pemeriksaan kesehatan dan kemampuan fungsional oleh Dokter Pemerintah bahwa yang bersangkutan benar-benar sebagai penyandang disabilitas (cacat fisik),
berupa: Tuna

dan membutuhkan alat bantu berupa:

- 1. Alat Bantu dengar
- 2. Terapi
- 3.

Berdasar hasil dari pemeriksaan, bahwa yang bersangkutan **dapat / tidak dapat*) ditingkatkan** melalui terapi dengan alat bantu, bahasa isyarat dan treatment khusus lainnya serta **dapat / tidak dapat*)** melaksanakan tugas kedinasan pada jabatan tersebut di atas apabila diterima sebagai Pegawai ASN Pemerintah Kabupaten Bondowoso.

....., Juli 2021
Dokter ,.....

(.....)

*) coret yang tidak perlu