**REVISI Juni 2021**

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULIR REKOMENDASI PENDAFTARAN** **PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS PENYAKIT DALAM SUBSPESIALIS**Isilah surat lamaran ini dengan diketik sebanyak 4 rangkapKepada Yth,**KOLEGIUM ILMU PENYAKIT DALAM**d/a. RUMAH PAPDIJl. Salemba 1 No. 22 C-D Jakarta Pusat 10430 | Foto ukuran3 x 4 berwarnaTanda-tangan |
| Dikirim oleh instansi asal :⬜ Departemen Pemerintah .............................................................................* BUMN ...........................................................................................................
* FK Negeri / Swasta .......................................................................................
* RS Negeri / Swasta .......................................................................................

Dengan surat no ...................................................... tanggal ..............................Nama Pemohon :.................................................................................................Lampiran :* Surat pengantar dari instansi tempat bekerja mengirimkan tugas belajar disertai alasannya
* SK Penempatan/SK Dokter Tetap
* Fotokopi ijazah Dokter Spesialis Penyakit Dalam (telah dilegalisasi)
* Fotokopi transkip nilai akademik Dokter Spesialis Penyakit Dalam (telah dilegalisasi)
* Fotokopi sertifikat kompetensi Dokter Spesialis Penyakit Dalam dari KIPD
* Fotokopi Surat Tanda Registrasi (STR) Dokter Spesialis Penyakit Dalam dari KKI
* Surat keterangan sehat fisik dan mental dari dokter yang memiliki SIP
* Surat pernyataan kembali ke Rumah Sakit
* Rekomendasi PAPDI Cabang sesuai domisili calon peserta
* Nilai TOEFL minimal 450 / IELT minimal 6, 2 tahun terakhir
* Surat referensi dari 3 nama (*peergroup* terkait, jabatan/tempat tugas, bebas)
* Pas foto berwarna ukuran 3 x 4 (6 lembar; 4 ditempel, 2 disertakan)
 |  |

BAGIAN I : RIWAYAT PRIBADI

|  |
| --- |
| 1. Nama lengkap (cantumkan juga gelar) :
 |
| 1. Tempat dan tanggal lahir : ⬜ Laki-laki
* Perempuan
 |
| * 1. Agama :
 |

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Alamat korespondensi :

 Telepon : Fax : Hp : Email : | Alamat rumah :Telepon : Fax : |
| 1. Riwayat keluarga

 Ayah Ibu  Nama : Nama : Agama : Agama : Alamat : Alamat : Pekerjaan/jabatan : Pekerjaan/jabatan : Isteri atau Suami Nama :  Tempat/tanggal lahir :  Agama :  Tanggal perkawinan : Pekerjaan/jabatan :  Anak-anak (nama, tempat dan tanggal lahir, pendidikan) |

BAGIAN II : RIWAYAT PENDIDIKAN

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TINGKAT PENDIDIKAN** | **NAMA SEKOLAH / INSTITUSI PENDIDIKAN** | **KOTA** | **LAMA PENDIDIKAN****(xxxx s/d xxxx)** |
| 1. Dokter Umum :
 |  |  |  |
| 1. Dokter Spesialis Penyakit Dalam :
 |  |  |  |
| * 1. Pendidikan / Pelatihan lain (perinci) :
 |

|  |
| --- |
| **PENDIDIKAN / PELATIHAN DI DALAM NEGERI** |
| No | Nama Pendidikan / Pelatihan | Tempat & Lama Pendidikan / Pelatihan | Tujuan Pendidikan / Pelatihan |
|  |  |  |  |
| **PENDIDIKAN / PELATIHAN DI LUAR NEGERI** |
|  |  |  |  |

BAGIAN III : RIWAYAT PEKERJAAN

|  |
| --- |
| 1. **Riwayat Pekerjaan di instasi pemerintah maupun swasta dan tahun bertugas :**
 |
| No | Institusi Tempat Kerja | SMF / Bagian tempat kerja | Jabatan | Periode th ..... s/d ....... |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| * 1. **Institusi Kerja dan Jabatan sekarang**
 |
| No | Institusi Tempat Kerja | SMF / Bagian tempat kerja | Jabatan | Periode th ..... s/d ....... |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| * 1. **Fasilitas Pelayanan Institusi Tempat Kerja Saat Ini**
 |
| No | Fasilitas | Ada | Tidak |
|  | Poliklinik Umum |  |  |
|  | Poliklinik Spesialis (sebutkan) |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | Poliklinik Sub Spesialis (sebutkan) |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 1. Publikasi sebagai Penulis Utama atau Pembantu (3 tahun terakhir, setelah lulus SpPD)
 |
| Judul | Sebagai Penulis | Publikasi | Tahun dan Tempat(untuk majalah sertakan Vol, No. & th) |
| Utama | Pembantu | Majalah | Buku | Presentasi |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Penghargaan dari pemerintah atau swasta (lampirkan foto kopinya)
 |

BAGIAN IV : BIDANG STUDI DAN PUSAT PENDIDIKAN YANG DIINGINKAN

|  |
| --- |
| 1. Bidang Studi / kekhususan yang diinginkan (hanya 1 pilihan)

 Beri tanda √ pada kotak* Bidang Studi Alergi Imunologi Klinik
* Bidang Studi Endokrinologi Metabolik dan Diabetes
* Bidang Studi Gastroenterohepatologi
* Bidang Studi Geriatri
* Bidang Studi Ginjal Hipertensi
* Bidang Stusi Hematologi Onkologi Medik
* Bidang Studi Kardiovaskular
* Bidang Studi Penyakit Tropik Infeksi
* Bidang Studi Pulmonologi
* Bidang Studi Psikomotik
* Bidang Studi Reumatologi
 |
| 1. Institusi Pendidikan yang diinginkan

 Beri tanda √ pada kotak* Fakultas Kedokteran Universitas Andalas
* Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
* Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya
* Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
* Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada
* Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin
* Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
* Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran
* Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangie
* Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya
* Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara
* Fakultas Kedokteran Universitas Udayana
* Fakultas Kedokteran Universitas UNS
 |
| 1. Uraikan secara singkat alasan memilih Bidang Studi dan Institusi Pendidikan di atas
 |
| 1. Referensi (lampirkan surat dari 3 nama yang dapat dihubungi lebih lanjut oleh Institusi Pendidikan untuk tambahan informasi dari Saudara )
 |
| Nama | Jabatan | Catatan |
|   |  | (dari peminatan terkait)(dari tempat tugas)(bebas) |

BAGIAN V : PERNYATAAN

|  |
| --- |
| Saya , ..............................................................................................., yang bertandatangan di bawah ini dengan ini menyatakan sebagai berikut :1. Semua keterangan yang ditulis adalah B E N A R
2. Saya tidak berkeberatan jika Tim Penilai / Verifikasi menanyakan langsung mengenai hal ihwal saya kepada mereka yang saya tulis dalam kolom referensi.
3. Saya tidak berkeberatan jika Tim Penilai / Verifikasi melaksanakan test-test khusus (akademik, kesehatan, psiko-test, dll) dalam rangka lamaran ini.
4. Jika saya diterima dalam Program Pendidikan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Konsultan, maka saya akan mentaati segala ketentuan yang berlaku.
5. Setelah selesai pendidikan saya akan mentaati peraturan sesuai ketentuan yang berlaku.
 |

..........................., .................................. ...............

Pelamar,

materai

Rp 10.000

(Nama pelamar, tanda tangan di atas materai)