**TATA CARA PENDAFTARAN PELATIHAN KOMPETENSI TAMBAHAN**

**DOKTER SUBSPESIALIS KARDIOVASKULAR PENYAKIT DALAM**

**TINGKAT LANJUT**

**Alur**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Calon Peserta** | **Kolegium IPD** | **Pengelola Program Pelatihan** |
| Persyaratan  Nomor registrasi  Verifikasi administrasi  Informasi waktu mulai pelatihan  Nomor registrasi  Mulai Pelatihan  Melengkapi persyaratan pembuatan SIP selama pelatihan |  |  |

**Persyaratan :**

* 1. Form pendaftaran peserta program pelatihan kompetensi tambahan subspesialis KIPD
  2. Pengantar/surat penugasan dari instansi tempat bekerja (Direktur RS) untuk mengikuti program pelatihan beserta alasan yang bersangkutan ditugaskan mengikuti pelatihan ini.
  3. Surat keterangan sudah pernah bekerja sebagai Dokter Subspesialis Penyakit Dalam Kardiovaskular minimal 1 (satu) tahun
  4. Fotokopi sertifikat kompetensi SpPD dan Subsp, STR dan STR KT Subsp yang masih berlaku.
  5. Surat sehat fisik dan mental dari dokter yang berSIP.
  6. Surat pernyataan di atas materai akan kembali bekerja di tempat institusi atau rumah sakit yang mengirim tugas belajar
  7. Bersedia mengurus SIP di rumah sakit tempat pelatihan
  8. Bukti bayar pendaftaran calon peserta program pelatihan sebesar Rp 1.000.000 disetor ke Bank Mandiri Cabang RSCM Nomor 122-000-4080-126

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULIR PENDAFTARAN**  **PROGRAM PELATIHAN KOMPETENSI TAMBAHAN SUBSPESIALIS**  Isilah surat lamaran ini dengan diketik | Foto ukuran  4 x 6 berwarna latar merah |
| **Dikirim oleh instansi asal** :  ⬜ Departemen Pemerintah .............................................................................   * BUMN ........................................................................................................... * FK Negeri / Swasta ....................................................................................... * RS Negeri / Swasta .......................................................................................   **Dengan surat no** ...................................................... **tanggal** ..............................  **Program Pelatihan yang dipilih :**   * Intervensi Kardiovaskular Tingkat Lanjut * Studi Elektrofisiologi dan Ablasi Kateter   **Institusi Pendidikan yang dipilih :**   * RS dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta * RS dr. Moh. Hoesin, Palembang * RS dr. Zainal Abidin, Aceh * RS dr. Kariadi, Semarang |
| 1. **DATA PRIBADI** |  |
| **Nama Pemohon** :.................................................................................................  **Tempat Tanggal Lahir** : …………………………………………………………………………………….  **Jenis Kelamin** :   * Laki-laki * Perempuan   **Korespondensi** :  Alamat:  No. Hp :  Email : |  |
| **Uraikan secara singkat alasan memilih Program Pelatihan dan tempat pendidikan di atas.** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **RIWAYAT PENDIDIKAN** | | | | | | | | | | |
| **TINGKAT PENDIDIKAN** | | | **INSTITUSI PENDIDIKAN** | | | **KOTA** | | **LAMA PENDIDIKAN**  **(xxxx s/d xxxx)** | | |
| 1. Dokter Umum : | | |  | | |  | |  | | |
| 1. Dokter Spesialis Penyakit Dalam : | | |  | | |  | |  | | |
| 1. Dokter Subspesialis Penyakit Dalam : | | |  | | |  | |  | | |
| 1. Pendidikan/Pelatihan tambahan, dalam ataupun luar negeri (sebutkan namanya): | | |  | | |  | |  | | |
| 1. **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. **Tempat Praktik (selain instansi tempat bekerja)** | | | | | | | | | | |
| No | Nama Tempat Praktik | | | 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. **PERNYATAAN** |
| Saya , ..............................................................................................., yang bertandatangan di bawah, dengan ini menyatakan sebagai berikut :   1. Semua keterangan yang ditulis adalah B E N A R 2. Saya tidak berkeberatan jika Tim Verifikasi melakukan *crosscheck* data yang saya isi dalam form pendaftaran ini. 3. Saya tidak berkeberatan jika Tim Seleksi melaksanakan test-test khusus (akademik, kesehatan, psiko-test, dll) dalam rangka lamaran ini. 4. Jika saya diterima dalam Program Pelatihan Kompetensi Tambahan Subspesialis, maka saya akan mentaati segala ketentuan yang berlaku. 5. Setelah selesai pelatihan saya akan mentaati peraturan sesuai ketentuan yang berlaku. |

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

Pelamar,

materai

Rp 6.000

(Nama pelamar, tanda tangan di atas materai)

**Formulir Surat Pengantar Tugas Belajar**

**KOP SURAT INSTANSI TEMPAT BEKERJA YANG MENGIRIMKAN TUGAS BELAJAR**

*(Tempat, Tanggal Surat)*

Nomor :

Perihal :

Lampiran : Formulir dan Persyaratan

Kepada Yth,

Ketua Umum Kolegium Ilmu Penyakit Dalam (KIPD)

Di Jakarta

Dengan hormat,

Bersama ini kami kirimkan berkas pendaftaran atas nama :

Nama :

Jabatan :

Mulai bekerja :

untuk dapat mengikuti Program Pelatihan Kompetensi Tambahan Subspesialis Penyakit Dalam :

Pelatihan : Intervensi Kardiovaskular Tingkat Lanjut/Studi Elektrofisiologi dan Ablasi Kateter\*

Tempat pendidikan :

Kemampuan yang bersangkutan sangat kami butuhkan mengingat ... (sebutkan alasan ybs dikirimkan tugas belajar). Setelah selesai pelatihan, maka yang bersangkutan akan kembali bekerja di institusi kami.

Atas perhatian dan kerjasama Sejawat, kami mengucapkan terima kasih.

Direktur RS ...

Nama

NIP (jika ada)

\*coret yg tidak sesuai