Lampiran-5

SURAT PERNYATAAN TIDAK MENDERITA PENYAKIT KRONIS

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama	:	
Tempat/ Tanggal Lahir	:	
NIK	:	
Jenis Kelamin	:	Pria
Nomor HP (*Whatsapp*)	:	
Alamat Email	:	
Pendidikan	:	Bidang/Program Studi Universitas
Jabatan yang dilamar	:	
Jenis Formasi	:	Umum
Zona	:	Zona 1
Alamat	:	

(sesuai domisili)

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya, bahwa Saya:

1. Tidak menderita penyakit jantung bawaan;
2. Tidak menderita gangguan paru-paru seperti asthma akut,Tuberkulosis akut;
3. Tidak menderita kelainan darah seperti leukemia;
4. Tidak menderita penyakit sistem imun seperti HIV/AIDS;
5. Tidak menderita gangguan liver seperti Hepatitis A/B/C;
6. Tidak menderita gagal ginjal;
7. Tidak ada gangguan mental seperti skizofrenia akut, autis, depresi berat, bipolar dsb;
8. Tidak menderita *cerebral palsy.*

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya. Apabila dikemudian hari ditemukan data yang tidak benar, maka saya menerima keputusan panitia untuk membatalkan keikutsertaan/kelulusan saya pada Pengadaan Pegawai Negeri Sipil Badan Pengawas Obat dan Makanan Tahun 2024.

, 2024 [1]

Yang membuat pernyataan

Meterai
Rp 10.000

( ) [2]

Catatan :

[1] Kota / Kabupaten, tanggal dan bulan

[2] Nama lengkap dan ditandatangani

[3] Pelamar mengisi kolom dengan cara diketik **tanpa mengubah format**