|  |  |
| --- | --- |
|  | LAMPIRAN |

**Surat pernyataan Eks Tenaga Honorer Kategori II**

KOP UNIT ORGANISASI

SURAT PERNYATAAN

Nomor :

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama  NIP  Jabatan \*)  Unit Organisasi  Instansi | :  :  :  :  : | Pemerintah Kabupaten Bantul |

dengan ini menyatakan bahwa Saudara Eks Tenaga Honorer Kategori II :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama  Tempat/Tgl. Lahir  Pendidikan/Jurusan  Unit Kerja  Alamat | :  :  :  :  : |  |

1. Sejak diangkat sebagai tenaga honorer mulai tanggal ……………….. sampai dengan saat ini melaksanakan tugas secara nyata dan sah terus menerus.
2. Dalam melaksanakan tugasnya sebagai tenaga honorer telah menunjukkan disiplin serta mempunyai integritas tinggi.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dan sebenar-benarnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya. Apabila dikemudian hari pernyataan ini ternyata tidak benar, saya bersedia diberhentikan dari jabatan yang saya duduki dan dituntut di muka pengadilan.

|  |  |
| --- | --- |
| Disahkan kebenarannya oleh  ………………………………… \*\*)  ……………………………………  NIP…………………………….. | Bantul, September 2018  Yang membuat pernyataan,  …………………………….. \*)  ……………………………………  NIP…………………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| \*)  \*\*) | Tulislah jabatan atasan langsung dari tenaga honorer dimaksud.  Tulislah nama jabatan atasan dari pejabat yang membuat surat pernyataan, sekurang-kurangnya pejabat struktural eselon II. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | LAMPIRAN |

KOP SURAT

RUMAH SAKIT

SURAT KETERANGAN DISABILITAS

NOMOR :

Pendandatangan di bawah ini, Dokter Pemeriksa di Rumah Sakit/Puskesmas …………………., menerangkan bahwa :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama  Tempat/Tanggal Lahir  Umur  Jenis Kelamin  Alamat | :  :  :  :  : | …………………………………………………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………………...  …… tahun  Laki-laki/Perempuan \*)  …………………………………………………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………………... |

Setelah dilakukan pemeriksaan kesehatan dan kemampuan fungsional bahwa yang bersangkutan benar-benar sebagai Penyandang Disabilitas berupa :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Jenis/Ragam Disabilitas | | |  |
|  | a. | Disabilitas Fisik |  |  |
|  |  | 1. Amputasi | (Tangan / Kaki)\* |  |
|  |  | 1. Lumpuh layuh atau kaku | (Tangan / Kaki)\* |  |
|  |  | 1. Paraplegi | |  |
|  |  | (anggota tubuh bagian bawah yang meliputi kedua tungkai dan organ panggul) | |  |
|  |  | 1. Cerebral Palsy (CP) |  |  |
|  | b. | Disabilitas Sensorik |  |  |
|  |  | 1. Netra |  |  |
|  |  | 1. Buta Total |  |  |
|  |  | 1. Presepsi Cahaya/Low Vision | |  |
|  |  | 1. Rungu |  |  |
|  |  | 1. Wicara |  |  |
|  | c. | Disabilitas Intelektual |  |  |
|  |  | 1. Disabilitas Grahita |  |  |
|  |  | 1. Down Syndrome |  |  |
|  | d. | Disabilitas Mental |  |  |
|  |  | 1. Psikososial | |  |
|  |  | (Skizofrenia, Bipolar, Depresi, Anexitas, dan Gangguan Kepribadian)\* | |  |
|  |  | 1. Disabilitas perkembangan (Autis/Hiperaktif) \* | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2. | Derajat Disabilitas | : | ……………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………… |
| 3. | Penyebab | : | Sejak Lahir / Kecelakaan dalam Pekerjaan / Kecelakaan Lalu Lintas / Penyakit / Akibat Stroke / Akibat Kusta /  Lain-lain : ………………………………………………………………. \*) |
| 4. | Alat Bantu yang Digunakan | : | Ada / Tidak \*) |
|  | Berupa |  |  |

Surat keterangan ini untuk keperluan : Persyaratan Melamar Calon Pegawai Negeri Sipil Tahun 2018.

|  |  |
| --- | --- |
|  | …………………..,………………………..  Dokter Pemeriksa,  …………………………………………….. |

Keterangan :

\*) Coret yang tidak perlu/Sesuai dengan keadaan

√ Pada kolom yang Sesuai dengan keadaan

X Pada kolom yang Tidak Sesuai dengan keadaan