

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

**SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN MENGIKUTI MATRIKULASI MATA KULIAH
PRODI D4 ANALIS KESEHATAN RPL**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap * : _____
Tempat & Tgl Lahir* : _____
Alamat* : _____
NIK : _____
No. Pendaftaran : _____
No. HP : _____

**sesuai KTP*

menyatakan **BERSEDIA** untuk mengikuti kegiatan *Matrikulasi Mata Kuliah* yang diselenggarakan oleh Program Studi D4 Analis Kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Setia Budi.

Apabila dikemudian hari ditemukan pelanggaran atas pernyataan tersebut, saya siap menerima sanksi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya sampaikan dengan sebenar-benarnya dan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Surakarta, _____
Yang menyatakan,

Materai Rp.10.000,-

—