

SURAT PERNYATAAN (1)
MAHASISWA/MAHASISWI BARU KELAS RPL KESEHATAN GIGI
AKADEMI KESEHATAN GIGI PUSKESAD
TAHUN AKADEMIK 2021/2022

Yang bertanda tangan di bawah ini :

- a. Nama Lengkap :
- b. Tempat Tanggal Lahir :
- c. Alamat :
.....
- d. No. Telp/Hp :
- e. Asal Sekolah :
- f. Lulus pada Program Studi : DIII / Kesehatan Gigi
- g. Nama Orang Tua/Wali :

Telah melakukan registrasi dan pembayaran biaya pendidikan semester I pada Akademi Kesehatan Gigi Puskesmas.

Dengan ini menyatakan jika saya **MENGUNDURAN DIRI** sebagai calon mahasiswa/mahasiswi Akademi Kesehatan Gigi Puskesmas, maka saya setuju biaya yang telah ditransfer **tidak dapat dikembalikan**.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran diatas materai Rp. 10.000,- (sepuluh ribu rupiah) dan memiliki hukum tetap.

Jakarta, 2021

Calon Mahasiswa/mahasiswi

Orang Tua/Wali

Materai 10.000

.....

.....

SURAT PERNYATAAN (2)
MAHASISWA/MAHASISWI BARU KELAS RPL KESEHATAN GIGI
AKADEMI KESEHATAN GIGI PUSKESAD
TAHUN AKADEMIK 2021/2022

Yang bertanda tangan di bawah ini :

- a. Nama Lengkap :
- b. Tempat Tanggal Lahir :
- c. Alamat :
.....
- d. No. Telp/Hp :
- e. Asal Sekolah :
- f. Lulus pada Program Studi : DIII / Kesehatan Gigi
- g. Nama Orang Tua/Wali :

Telah melakukan registrasi dan pembayaran biaya pendidikan semester I pada Akademi Kesehatan Gigi Puskesmas.

Dengan ini menyatakan **KESANGGUPAN MEMBAYAR FULL/TIDAK MENCICIL BIAYA UANG KULIAH TUNGGAL (UKT) TIAP SEMESTER SAMPAI LULUS SESUAI DENGAN BIAYA UKT PROGRAM STUDI** Pada Akademi Kesehatan Gigi Puskesmas.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran diatas materai Rp. 10.000,- (sepuluh ribu rupiah) dan memiliki hokum tetap.

Jakarta, 2021

Calon Mahasiswa/mahasiswi

Orang Tua/Wali

Materai 10.000

.....

.....

SURAT PERNYATAAN (3)
MAHASISWA/MAHASISWI BARU KELAS RPL KESEHATAN GIGI
AKADEMI KESEHATAN GIGI PUSKESAD
TAHUN AKADEMIK 2021/2022

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama Mahasiswa :
Tempat/Tanggal lahir :
Nomor Pendaftaran :
Jurusan/Program Studi :
Alamat Tempat Tinggal :
Nomor Hp/telepon Rumah :

Terdaftar sebagai mahasiswa Akademi Kesehatan Gigi Puskesmas melalui **Kelas RPL Kesehatan Gigi** mulai **Semester Genap Tahun Akademi 2021/2022**. Dengan ini menyatakan bahwa data yang saya sampaikan sudah **BENAR DAN SESUAI** dengan ijazah sebelumnya dan/atau akte kelahiran. Saya memahami bahwa nama, tempat lahir dan tanggal lahir tersebut di atas akan tercetak dalam ijazah saya, apabila saya lulus dari Akademi Kesehatan Gigi Puskesmas.

Saya juga menyatakan dan berjanji dengan sesungguhnya, bahwa saya :

1. Akan mematuhi dan tunduk terhadap semua peraturan yang berlaku, serta menjaga nama baik almamater Akademi Kesehatan Gigi Puskesmas.
2. Melaksanakan registrasi administrasi (melunasi semua biaya Pendidikan) setiap awal semester sesuai dengan jadwal dan persyaratan yang telah ditetapkan oleh Akademi Kesehatan Gigi Puskesmas.
3. Tidak akan terlibat baik sebagai pengguna maupun pengedar, dalam penyalahgunaan narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya, dan bersedia diperiksa apabila diperlukan.
4. Bersedia dibatalkan kelulusan sebagai Mahasiswa Baru Akademi Kesehatan Gigi Puskesmas apabila dikemudian hari ditemukan data yang saya sampaikan tidak benar.

Pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya dan dalam keadaan sadar tanpa paksaan dari pihak manapun.

.....,..... 2021

Yang membuat pernyataan

Materai 10.000

.....

