

**SURAT PERNYATAAN
PERSETUJUAN PEMERIKSAAN KESEHATAN CALON TARUNA/
LOKASI SELEKSI PPI MADIUN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : _____
Nomor Peserta : _____
Program / Jurusan : _____
Umur : _____ tahun
Tempat / Tanggal Lahir : _____
Alamat : _____

Nomor Telp / Hp : _____

Dengan ini menyatakan :

1. Setuju untuk mengisi formulir anamnesa dan menceritakan segala riwayat penyakit yang pernah saya derita, kecelakaan yang pernah saya alami, serta cacat bawaan dan kelainan yang ada pada diri saya.
2. Setuju untuk melakukan seluruh pemeriksaan kesehatan fisik (termasuk pengambilan urine dan darah untuk pemeriksaan HbsAg, BUN, Creatinin, Pemeriksaan Narkoba, HIV, Tes Kehamilan untuk perempuan) serta pemeriksaan EKG, Audiometri dan Foto Thorax oleh RS / Dokter yang ditunjuk BPSDM Perhubungan dalam rangka pemeriksaan kesehatan.
3. Setuju bahwa hasil pemeriksaan kesehatan akan diserahkan kepada RS / Dokter yang ditunjuk BPSDM Perhubungan secara langsung untuk dilaporkan kepada Panitia Seleksi Penerimaan Taruna/i sebagai bahan pertimbangan dalam menetapkan saya sebagai calon / peserta pendidikan.
4. Setuju bahwa berkas hasil pemeriksaan lengkap catatan medik hasil pemeriksaan kesehatan saya tetap disimpan oleh Pihak Sekolah yang dituju dan menjadi hak Panitia Seleksi Penerimaan Taruna/i.
5. Setuju bahwa hasil pemeriksaan kesehatan yang dilakukan oleh RS / Dokter yang ditunjuk oleh BPSDM Perhubungan bersifat final dan hasil pemeriksaan ini tidak dipertentangkan dengan hasil pemeriksaan lain diluar yang dilakukan oleh RS / Dokter selain tersebut diatas.
6. Apabila saya memberikan petunjuk yang keliru tentang kesehatan saya ini dan dapat membahayakan diri saya sendiri dan orang lain yang akhirnya dapat merugikan Negara, maka saya siap untuk diberikan sanksi berupa sanksi pidana atau dikeluarkan dari pendidikan.
7. Hasil pemeriksaan kesehatan sesuai STATUS PRESENT (kondisi kesehatan pada saat pemeriksaan kesehatan dilakukan).
8. Setuju untuk melepas Kawat Gigi jika saya diterima sebagai Taruna/taruni.
9. Setuju untuk membawa Surat Pernyataan Bebas Narkoba.
10. Bersedia mengikuti prosedur pencegahan penyebaran Covid-19 selama pelaksanaan Tes Kesehatan dengan segala ketentuannya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Mengetahui
Orang Tua

_____, _____ Agustus 2021
Yang menyetujui

Materai
Rp 10.000

(_____)

(_____)