**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Tempat, Tanggal Lahir :

Alamat :

Telepon :

Orang tua/ Wali dari peserta Sipenmaru Jalur PMDP TA. 2024/2025 Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Semarang dengan data sebagai berikut:

Nama :

Tempat, Tanggal Lahir :

Alamat :

Telepon :

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya, bahwa saya bersedia mengikuti segala ketentuan seleksi penerimaan mahasiswa baru jalur PMDP dan tidak akan mengundurkan diri apabila dinyatakan LOLOS/ DITERIMA sebagai mahasiswa Poltekkes Kemenkes Semarang TA. 2024/2025.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan bersungguh-sungguh untuk dapat diergunakan semestinya

 ……………….,………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
|  Mengetahui, (Nama Orang Tua/ Wali) | Yang membuat pernyataanMaterai 10.000(Nama Peserta) |