|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N I R A** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| **I. IDENTITAS PRIBADI** | | | |
| 1. Nama lengkap | | : | …………………………………………........................ |
| 2. NO KTP | | : | ......................................................................................... |
| 3.Tempat / tgl lahir | | : | ………………………………………………………..... |
| 4. Jenis kelamin | | : | ………………………………………………………… |
| 5. Agama | | : | ………………………………………………………… |
| 6. Alamat rumah | | | |
| Jalan | | : | ………………………………………………………… |
| Desa / Kelurahan | | : | ………………………………………………………… |
| Kecamatan | | : | ………………………………………………………… |
| Kabupaten/Kota | | : | ………………………………………………………… |
| 7. Telp rumah / HP | | : | ………………………………………………………… |
| 8. Email | | : | ………………………………………………………… |
| **II. RIWAYAT PENDIDIKAN** | | | |
| Pddk Keperawatan Terakhir | SPK / D III / S1 / Ners / S2 / Spesialis / S3 \*) | | |
| Instansi | ........................................................ Tahun Lulus .......... | | |
| Nomor Ijazah | ..................................................................................... | | |
| **III. TEMPAT BEKERJA** | | | |
| Nama Instansi | | : | ………………………………………………………… |
| Alamat instansi | | : | ………………………………………………………… |
| **IV. KELENGKAPAN DOKUMEN YANG DIMILIKI** | | | |
| Kartu Anggota | * Ada, Jika ada, No. Anggota : .......................................   Masa berlaku s.d .............................................................   * Tidak ada | | |
| Sertifikat Uji Kompetensi | * Ada Jika ada, No. Sertifikat: ..................................... * Tidak ada | | |
| STR | * Ada Jika ada, No. STR: ..........................................   Masa berlaku s.d .................................................................   * Tidak ada | | |

Dengan ini menyatakan data yang saya isikan benar dan dengan ini saya bersedia untuk:

1. Mengikuti dan mentaati Anggaran Dasar/Anggaran Rumah Tangga (AD/ART) Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI)
2. Aktif mengikuti kegiatan organisasi yang dilaksanakan PPNI dan atau Ikatan/Himpunan yang bernaung di bawah PPNI
3. Bersedia mematuhi kode etik keperawatan
4. Membayar iuran anggota sebesar Rp 260.000,- (dua ratus ribu rupiah)/orang/pertahun.

Pas foto berwarna

Background merah ukuran 3x4

Semarang, …………………………….

Hormat saya,

( )