|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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,

 ( )