

SURAT PERNYATAAN

PERSETUJUAN PEMERIKSAAN KESEHATAN PESERTA SELEKSI PMB

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Nomor pendaftaran :
Program studi pilihan :
Lokasi tes kesehatan :
Umur :
Tempat / tanggal lahir :
Alamat :
Nomor telp / Hp :

Dengan ini saya menyatakan

1. Setuju untuk 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 pemeriksaan kesehatan fisik (termasuk pengambilan urine dan darah untuk pemeriksaan, HbsAg, Pemeriksaan Narkoba, Plano (perempuan) serta pemeriksaan, Audiometri oleh Rumah Sakit minimal type C atau klinik yang approve dengan Perhubungan Laut (Hubla).
3. Setuju bahwa hasil pemeriksaan kesehatan akan diserahkan kepada Tim Pelaksana Seleksi Penerimaan calon mahasiswa sebagai bahan pertimbangan dalam menetapkan saya sebagai calon atau peserta pendidikan.
4. Setuju bahwa berkas hasil pemeriksaan catatan medis saya tetap disimpan oleh Pihak Sekolah yang dituju.
5. Setuju dan tidak keberatan jika tim seleksi Panitia Penerimaan Mahasiswa Baru Politeknik Maritim Negeri Indonesia memverifikasi dan meneliti ulang menyangkut keaslian dan keabsahan terhadap seluruh dokumen pemeriksaan kesehatan.
6. Apabila kemudian hari ditemukan bahwa hasil pemeriksaan kesehatan yang saya lampirkan tidak benar dan dapat membahayakan diri saya dan orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi yang ditetapkan oleh panitia penerimaan.
7. Hasil Pemeriksaan kesehatan sesuai STATUS PRESENT (kondisi kesehatan pada saat pemeriksaan kesehatan dilakukan).
8. Setuju untuk melepas kawat gigi jika saya diterima sebagai Mahasiswa.

Demikian pernyataan ini di buat dengan sebenar benarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun serta penuh tanggung jawab.

Mengetahui,
Orangtua/Wali Peserta Seleksi

....., 2023
Yang Membuat Pernyataan,
peserta seleksi PMB

Meterai 10.000

(.....) (.....)