**Lampiran F**

**KOP SATUAN**

 Kota ,bulan tahun

Nomor : B/ / /20...

Klasifikasi : Biasa

Lampiran : ...... lembar

Perihal : Keterangan Kedudukan dan

 Bidang Tugas Peserta

 Kepada

 Yth. Dirut PT. ASABRI (Persero)

 JI. Mayjen Sutoyo No.11

 Jakarta Timur, 13630

 No. Telp (021) 8094140

 No. Fax (021) 8012313

Up. Kepala Divisi Pelayanan

 1. Dengan ini menerangkan bahwa :

 Nama :

 Pangkat/Gol :

 NRP/NIP :

 No. KTPA :

 Jabatan/Pekerjaan :

Masa Dinas dalam Jabatan/Pekerjaan Kesatuan :

Alamat :

2. Adalah benar nama tersebut di atas menderita Penyakit Akibat Kerja setelah menjalankan tugas jababatan dan pekerjaannya tersebut.

 3. Penyakit Akibat Kerja tersebut sesuai hasil evaluasi medis sebagaimana Surat Keterangan Dokter terlampir.

 4. Demikian disampaikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

 Komandan Satuan,

 Nama

Tembusan: Pangkat/Korps/NRP

1. Komando Atas

2. Fasilitas Kesehatan