FORMULIR F

**KOP SATUAN**

 Kota ,bulan tahun

Nomor : B/ / /20...

Klasifikasi : Biasa

Lampiran : ...... lembar

Perihal : Keterangan Kedudukan dan Bidang Tugas Peserta

 Kepada

 Yth. Dirut 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 :

1. Adalah benar nama tersebut di atas menderita Penyakit Akibat Kerja setelah menjalankan tugas jabatan dan pekerjaannya tersebut.
2. Penyakit Akibat Kerja tersebut hasil evaluasi medis sebagaimana Surat Keterangan Dokter terlampir sesuai dengan Permenkes Nomor 56 Tahun 2016.
3. Demikian disampaikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

 Komandan Satuan,

 Nama

 Pangkat/Korps/NRP

Tembusan:

1. Komando Atas

2. Fasilitas Kesehatan