

Form 6a.

(KOP INSTANSI)

Nomor : (Tanggal-bulan-tahun)
Lampiran :
Perihal : Pemeriksaan Kesehatan Calon Mahasiswa Baru Politeknik Pembangunan
(Polbangtan)/Politeknik Enjiniring Pertanian
Indonesia (PEPI)

Kepada Yth. Direktur Rumah Sakit Umum/Swasta di-
Tempat

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan penerimaan Calon Mahasiswa Baru Politeknik Pembangunan Pertanian (Polbangtan)/ Politeknik Enjiniring Pertanian Indonesia (PEPI) Kementerian Pertanian TA 2024/2025 diperlukan pemeriksaan kesehatan bagi calon mahasiswa sebagai salah satu bagian dari rangkaian tes seleksi. Untuk itu kami mohon kesediannya untuk difasilitasi pemeriksaan kesehatan meliputi :

- A. Pemeriksaan Fisik
 - 1. Tinggi dan Berat badan
 - 2. Tensi/Nadi
 - 3. Gigi dan Mulut
 - 4. THT
 - 5. Mata
 - 6. Kulit
 - 7. Penyakit Dalam
 - 8. TBC
 - 9. Hepatitis
- B. Pemeriksaan Laboratorium
 - 1. Narkoba
 - 2. EKG
- C. Pemeriksaan Kesehatan Jiwa

Biaya – biaya untuk keperluan pemeriksaan kesehatan ini dibebankan kepada calon mahasiswa yang bersangkutan dengan mekanisme yang ditentukan.

Demikian yang dapat kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Direktur,

(Nama)
NIP.

Tembusan:

- 1. Kepala Badan Penyuluhan dan Pengembangan SDM Pertanian
- 2. Kepala Pusat Pendidikan Pertanian

Form 6b.

SURAT PERNYATAAN

PESERTA SELEKSI PEMERIKSAAN KESEHATAN KEMENTERIAN PERTANIAN
POLITENIK PEMBANGUNAN PERTANIAN (POLBANGTAN)/ POLITEKNIK ENJINIRING PERTANIAN
INDONESIA (PEPI) TAHUN 2024

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Tempat/ Tgl. Lahir :
Jenis Kelamin :
Asal Sekolah :
Daerah Asal / Provinsi :
Alamat Lengkap :

Menyatakan bahwa saya bersedia mengikuti Pemeriksaan Kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku dalam seleksi masuk Polbangtan/PEPI, Kementerian Pertanian Tahun 2024 pada Rumah Sakit

Bila dalam persiapan, pelaksanaan dan setelah mengikuti pemeriksaan kesehatan terjadi suatu gangguan kesehatan, dan digugurkan dalam proses seleksi maka saya tidak akan melakukan tuntutan apapun pada Panitia Penerimaan Mahasiswa Baru Polbangtan/PEPI dan segala sesuatu yang menyangkut kesehatan adalah mutlak tanggung jawab saya.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya dan tanpa paksaan dari pihak manapun juga untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

(Tempat, Tanggal)
Yang Membuat Pernyataan,

Materai Rp. 10.000,-

(.....)

Form 6c.

FORMULIR PEMERIKSAAN KESEHATAN

A. IDENTITAS DIRI

Nama :
Tempat/Tgl. Lahir :
Jenis Kelamin :
Asal Sekolah :
Daerah Asal/Provinsi :
Alamat Lengkap :

B. PEMERIKSAAN KESEHATAN

1. PEMERIKSAAN FISIK

No	Jenis Pemeriksaan	Normal	Kelainan	Keterangan
1.	Tinggi dan Berat badan			... cm / ...kg
2.	Tensi/Nadi			
3.	Gigi dan Mulut			
4.	THT			
5.	Mata			
6.	Kulit			
7.	Penyakit Dalam			
8.	TBC			
9.	Hepatitis			

2. PEMERIKSAAN LABORATORIUM

No	Jenis Pemeriksaan	Normal	Kelainan	Keterangan
1.	Narkoba			
2.	EKG			

C. KESIMPULAN

Hasil pemeriksaan Kesehatan pada tanggal... 2024,
Jam.....

Bahwa Calon Mahasiswa Baru atas nama tersebut diatas dinyatakan

MEMENUHI/ TIDAK MEMENUHI PERSYARATAN KESEHATAN *

.....,
Mengetahui Dokter Penanggung Jawab,

(.....)