

FORMULIR DOKUMENTASI DATA PRIBADI
PROGRAM PENDIDIKAN FAKULTAS KEDOKTERAN DAN
ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA

*pasfoto 4 x 6
berwarna*

Program Studi : PENDIDIKAN DOKTER/DOKTER GIGI*)
Nama : _____
NIM/NIPP : _____
Jenis Kelamin : Laki-laki/perempuan *)
Tempat dan Tanggal Lahir : _____
Warga Negara : _____
Agama : _____
Status Perkawinan : Sudah kawin , Belum kawin , Janda Duda
Nama Istri/Suami *) : _____
Terdaftar pertama kali di FKIK UMY: Tahun Akademik : _____ Tanggal : _____
Lulus Yudisium Dokter Tanggal : _____
Asal Ijazah Sekolah : Nama Sekolah Tempat Sekolah Tahun Ijazah
SD : _____
SLTP : _____
SLTA : _____
Pekerjaan sekarang : _____
Alamat terakhir : _____
Orang Tua / Wali **) :
Nama : _____
Pekerjaan : _____
Alamat : _____
Judul KTI : _____
Pembimbing Utama : _____
Pembimbing Pendamping : _____

Mengetahui Yogyakarta, _____

Tata Usaha PPP FK – UMY, calon anggota,

*) Coret yang tidak perlu

**) Apabila sudah meninggal : nama, pekerjaan, alamat waktu masih hidup

**FORMULIR PENDAFTARAN ANGGOTA KELUARGA ALUMNI
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA**

Nama : _____
NIM/NIPP : _____
Tempat dan Tanggal Lahir : _____
Jenis kelamin : Laki-laki/perempuan *)
Lulus Sarjana Tanggal : _____
Lulus Profesi Tanggal : _____
Alamat Tetap : _____

Alamat Pekerjaan : _____

Nama Orang Tua / Wali : _____
Alamat Orang Tua / Wali : _____

Yogyakarta, _____

Mengetahui : _____
Dekan, calon anggota,

*pasfoto 4 x 6
hitam putih
(tempel dengan
sedikit lem)*

*pasfoto 4 x 6
berwarna
(tempel dengan
sedikit lem)*

DATA PENULISAN IJAZAH DOKTER

Nomor Ijazah *) : _____
Program Studi : Pendidikan Dokter / Dokter Gigi **) _____
Nama ***) : _____
Tempat/tgl lhr. ***) : _____
Jenis Kelamin : Laki-laki/perempuan **) _____
NIM/NIPP : _____ / _____
Tgl Lulus Profesi : _____

Tanda Tangan
Calon Wisudawan/Wisudawati,

Nomor Ijazah *) : _____
Program Studi : Pendidikan Dokter / Dokter Gigi **) _____
Nama ***) : _____
Tempat/tgl lhr. ***) : _____
Jenis Kelamin : Laki-laki/perempuan **) _____
NIM/NIPP : _____ / _____
Tgl Lulus Profesi : _____

Keterangan :

- *) : Diisi oleh petugas
- **) : Coret yang tidak perlu
- ***) : Nama & Tempat lahir sesuai ijazah S1

*pasfoto 4 x 6
hitam putih
(tempel dengan
sedikit lem)*

*pasfoto 4 x 6
hitam putih
(tempel dengan
sedikit lem)*

SURAT PERNYATAAN

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama :
N.I.M./NIPP :/.....

dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya tidak mempunyai hutang, beban tugas atau tanggungan apapun di semua Rumah Sakit Pendidikan yang telah saya gunakan untuk melaksanakan Program Pendidikan Profesi Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

Apabila di kemudian hari terbukti saya masih mempunyai hutang, beban atau tanggungan di Rumah Sakit , saya bersedia untuk menerima sanksi baik dari pihak Rumah Sakit ataupun dari Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

Surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya tanpa paksaan dari siapapun.

Yogyakarta,

Yang menyatakan,

Meterai
Rp. 6000,-

.....