

**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 اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

N a m a : .....  
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,-

.....