**(FORM 2)**

**KOP SURAT**

**SURAT PERNYATAAN**

**PROGRAM BANTUAN BEASISWA TUGAS BELAJAR**

**MAGISTER ILMU KEDOKTERAN TROPIS FAKULTAS KEDOKTERAN USU**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Jabatan :

Instansi :

Dalam rangka pelaksanaan program Bantuan Beasiswa Tugas Belajar Magister Kedokteran Tropis Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara Tahun 2023, dengan ini menyatakan bahwa saya:

1. Memberikan rekomendasi kepada :

Nama :

NIP :

Jabatan :

Unit Kerja :

Instansi :

untuk mengikuti program Bantuan Beasiswa Tugas Belajar Magister Kedokteran Tropis Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara Tahun 2023;

1. Memberikan Surat Keputusan Tugas Belajar kepada PNS yang namanya ada pada surat ini untuk mengikuti pendidikan pada Magister Kedokteran Tropis Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara jika yang bersangkutan dinyatakan lulus seleksi.
2. Tidak melakukan mutasi kepada peserta program Bantuan Beasiswa Tugas Belajar Magister Kedokteran Tropis Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara Tahun 2023 hingga menyelesaikan pendidikan selama minimal 2 kali masa studi/ 4 (empat) tahun;
3. Memberdayakan peserta program Bantuan Beasiswa Tugas Belajar Magister Kedokteran Tropis Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara pada unit kerja yang berhubungan dengan penanganan penyakit tropis di Pemerintah Kab./Kota……………..
4. Bersedia bertanggung jawab dalam proses pengembalian dana beasiswa yang telah dikeluarkan oleh Pemerintah Provinsi Sumatera Utara terhadap peserta yang namanya ada pada surat ini jika ternyata peserta beasiswa **tidak dapat menyelesaikan** pendidikan pada program Bantuan Beasiswa Tugas Belajar Magister Kedokteran Tropis Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara;

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

….…………, ………………………

Yang Membuat Pernyataan

Bupati/Walikota ……..

ttd

Nama