



**PEMERINTAH KABUPATEN BANDUNG
DINAS KESEHATAN**

Jl. Raya Soreang Km. 17 Telp. (022) 5897520, 5897521, 5897522, 5897523 Soreang
Website : <http://www.kesehatan.bandungkab.go.id>
Email : kesehatan_bandungkab@yahoo.com

SURAT PERNYATAAN TANGGUNG JAWAB MUTLAK

Nomor : / / /

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

NIP :

Jabatan :

Unit Kerja :

Dengan ini menyatakan bahwa eks Tenaga Honorer Kategori II :

Nama :

Tempat dan Tanggal Lahir :

Nomor Peserta :

Pendidikan :

Alamat :

Unit Kerja :

Instansi :

1. Bahwa sejak diangkat sebagai tenaga honorer terhitung mulai tanggal 05 Januari 1999 sampai dengan saat ini melaksanakan tugas secara nyata dan sah terus menerus.
2. Dalam melaksanakan tugasnya sebagai tenaga honorer telah menunjukkan disiplin serta mempunyai integritas yang tinggi.

Saya **menjamin kebenaran dan bertanggung jawab** atas data tenaga honorer tersebut telah sesuai dengan persyaratan dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan adanya data yang tidak benar, maka saya siap bertanggung jawab dan diberikan sanksi baik secara **administratif maupun pidana**.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sadar dan tanpa tekanan dari pihak manapun.

Bandung,

Yang membuat pernyataan
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Bandung



NIP.