

SURAT PERNYATAAN DISABILITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap : ANDIEN RAHAJENG, A.Md.Gz
Alamat : Kp. GOTONG ROYONG NO.1,
Kecamatan Tangguh
Kabupaten Way Kanan, Provinsi Lampung
Nomor HP : 08880000100
Jabatan yang dilamar : Nutrisi Terampil
Unit kerja yang dilamar : Puskesmas Solokanjeruk

Dengan ini menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa saya adalah penyandang disabilitas, yaitu dengan jenis disabilitas Tuna Rungu.

Bila di kemudian hari terbukti pernyataan saya ini tidak benar, saya bersedia bertanggung jawab secara hukum dan bersedia dinyatakan gugur dan tidak memenuhi syarat untuk dapat diangkat sebagai Aparatur Sipil Negara di lingkungan Pemerintah Kabupaten Bandung maupun bersedia diproses pemberhentian sebagai ASN sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Demikian surat ini dibuat dalam rangka melamar sebagai ASN di lingkungan Pemerintah Kabupaten Bandung tahun 2021.

Hormat saya,



METERAI
TEMPEL
5D8B8AJX232623219

ANDIEN RAHAJENG, A.Md.Gz