

**SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN PENEMPATAN PKPA
PSPPA FFS UHAMKA**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

NIM :

Alamat email :

Nomor telepon/Hp yang aktif :

Selama menjadi mahasiswa apoteker, bersedia mematuhi semua peraturan yang berlaku di Fakultas Farmasi dan Sains UHAMKA, meliputi :

1. Bersedia mematuhi dan mengikuti peraturan penempatan Praktek Kerja Profesi Apoteker (PKPA) sesuai dengan **tempat yang ditetapkan oleh Program Studi**.
2. Bersedia menjalani penuh waktu Praktek Kerja Profesi Apoteker (PKPA) di Rumah Sakit, Apotek, Industri, PBF dan Puskesmas **sesuai jadwal yang diberikan PSPPA** tanpa interferensi pekerjaan, keluarga dan lain-lain yang tidak ada hubungannya dengan perkuliahan di PSPA FFS UHAMKA.
3. Mematuhi semua aturan terkait PKPA yang ditetapkan oleh institusi/tempat PKPA selama kegiatan berlangsung.
4. Mengisi Portofolio dan Log book PKPA dengan tertib.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Jika di kemudian hari terjadi pelanggaran, maka saya bersedia menerima sanksi yang ditetapkan dari Fakultas Farmasi dan Sains UHAMKA.

Jakarta,2024

Menyetujui
Orang tua/wali*

Yang membuat pernyataan
(materai 10.000)

(.....)

(.....)

*Pilih yang sesuai