

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama	:	_____
NIK (KTP)	:	_____
Alamat	:	_____ _____ _____
No. Reg	:	_____
Mhs PSPPA Angkatan	:	42 (Ganjil 2024/2025)
Nama Orang Tua/Wali	:	_____
NIK	:	_____
Alamat	:	_____ _____ _____

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya:

1. Siap mematuhi dan melaksanakan semua peraturan yang berlaku selama menjadi mahasiswa Program Studi Pendidikan Profesi Apoteker Fakultas Farmasi dan Sains Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA (PSPPA FFS UHAMKA).
2. Mengetahui, telah membaca, serta memahami tentang Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Nomor 3 tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi, khususnya pasal 17 poin (1) e, yang menyatakan bahwa masa studi profesi **paling lama 3 (tiga) tahun**, dan saya siap untuk melaksanakan serta mematuhi. Dengan demikian apabila pada masa 3 (tiga) tahun saya belajar pada PSPPA FFS UHAMKA saya belum lulus Ujian Kompetensi Mahasiswa Program Profesi Apoteker Indonesia (UKMPPAI), maka saya bersedia dinyatakan **TIDAK LULUS** sebagai APOTEKER oleh UHAMKA dengan segala konsekuensinya.
3. Menyadari dan memahami sepenuhnya bahwa PSPPA FFS UHAMKA adalah institusi tempat saya belajar yang melaksanakan kurikulum sesuai aturan pemerintah dan APTFI, memberikan bimbingan, arahan, dan bekal kepada saya untuk siap melaksanakan Ujian Kompetensi

Mahasiswa Program Profesi Apoteker Indonesia (UKMPPAI), dengan demikian saya menyadari bahwa **kelulusan saya sebagai APOTEKER ditentukan oleh kelulusan saya dalam UKMPPAI, bukan oleh PSPPA FFS UHAMKA.**

4. Tidak akan menuntut apa pun kepada PSPPA FFS UHAMKA apabila saya sampai dengan habis masa studi saya tidak lulus sebagai apoteker.
5. Membuat pernyataan ini dengan penuh kesadaran dan tanggung jawab tanpa paksaan dari siapa pun.

Mengetahui:
Orang Tua/Wali*,

Jakarta, _____ 2024
Yang Membuat Pernyataan,

Materai
Rp10.000,-

NIK:

No Reg:

*Pilih yang sesuai