

**SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN ORANG TUA / WALI
TENTANG PEMBELAJARAN PRAKTIK KLINIS (RUMAH SAKIT)
DI MASA ADAPTASI KEBIASAAN BARU 2020-2021**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama orang :

Alamat :

Bahwa selaku orang tua / wali *) dari mahasiswa:

Nama :

NIM :

Semester :

Program Studi :

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa:

1. **Mengizinkan/tidak mengizinkan*** mahasiswa yang tersebut di atas untuk mengikuti Proses Pembelajaran Praktik Klinik sampai dengan selesai pada Program Studi Sarjana Terapan Keperawatan Anestesiologi Universitas Harapan Bangsa yang akan dilaksanakan pada tanggal :
 - a. **Semester III** :
9 November-5 Desember 2020 (Periode 1) dan 7 Desember 2020- 2 Januari 2021 (Periode II)
 - b. **Semester V** :
9 November -5 Desember 2020 (Praktik Klinik 1) dan 7 Desember 2020-2 Januari 2021 (Praktik Klinik II) dengan **wajib** menerapkan Protokol Kesehatan dalam masa Adaptasi Kebiasaan Baru.
2. Bersedia mengingatkan dan memotivasi mahasiswa yang tersebut di atas untuk mentaati dan mematuhi Protokol Kesehatan dalam masa Adaptasi Kebiasaan Baru.
3. Tidak berkeberatan menerima sanksi jika tidak mengikuti Standar Protokol Kesehatan yang telah ditetapkan oleh Rumah Sakit dan kampus Universitas Harapan Bangsa.
4. Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya dan dengan rasa tanggung jawab yang penuh.

Kota, Tanggal – Bulan – 2020

Orang tua / wali

Tanda tangan
dan materai Rp.6000,-

(.....)

Keterangan : * : Coret yang tidak perlu