



UNIBA
Let's challenge the future

YAYASAN GRIYA HUSADA

UNIVERSITAS BATAM

Jl. Uniba No 5 Batam Center I T. 0778 7485055 I F. 0778 7485048

PO. BOX. 555 / Batam Center I E. info@univbatam.ac.id I www.univbatam.ac.id



FK-UNIBA/PPDS/FM-005

SURAT PERNYATAAN
TIDAK HAMIL SELAMA SETAHUN PERTAMA PENDIDIKAN DAN
MENYERTAKAN SURAT KETERANGAN DARI DOKTER YANG MEMILIKI SIP
BAHWA PESERTA TIDAK DALAM KEADAAN HAMIL
(KHUSUS CPPDS PEREMPUAN)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap :
Tempat, Tanggal Lahir :
NIK / Nomor KTP :
Nomor STR Dokter :
Alamat Lengkap :
Nomor HP / Telepon :
Program Studi Dituju :

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya, demi menjunjung tinggi etika profesi dan integritas keabsahan data akademik bahwa:

1. Saya dalam kondisi **tidak sedang hamil** pada saat mengikuti proses Penerimaan Mahasiswa Baru Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) Fakultas Kedokteran Universitas Batam.
2. Saya bersedia **tidak merencanakan maupun menjalani kehamilan selama tahun pertama pendidikan PPDS**, terhitung sejak tanggal registrasi sebagai peserta didik.
3. Sebagai bukti atas pernyataan ini, saya melampirkan **Surat Keterangan Dokter** yang diterbitkan oleh dokter yang memiliki **Surat Izin Praktik (SIP)** dan menyatakan bahwa saya **tidak dalam keadaan hamil** pada saat pemeriksaan.
4. Saya memahami bahwa ketentuan ini diberlakukan untuk mendukung kelancaran proses pendidikan, pemenuhan kompetensi, serta pelaksanaan kegiatan akademik dan klinik sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Program Pendidikan Dokter Spesialis Fakultas Kedokteran Universitas Batam.
5. Apabila di kemudian hari diketahui bahwa saya memberikan keterangan yang tidak benar atau memalsukan dokumen pendukung, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan ketentuan dan peraturan yang berlaku di Fakultas Kedokteran Universitas Batam, termasuk pembatalan status sebagai calon peserta atau peserta didik PPDS.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sadar dan penuh tanggung jawab untuk digunakan sebagai persyaratan mutlak seleksi PPDS Fakultas Kedokteran UNIBA.

.....2026

Pihak yang Menyatakan,

(Materai Rp10.000,-)

(.....)
Nama Lengkap & Gelar

