PENDIDIKAN PROFESI GIZI
Fakultas Kedokteran - Universitas Brawijaya

FORMULIR PENDAFTARAN
PENDIDIKAN PROFESI GIZI

Jl. Veteran Malang 65145
E-mail : gizi.fk@ub.ac.id
Home page : www.fk.ub.ac.id
FORMULIR PENDAFTARAN (Pendidikan Profesi Gizi)

1. Nama Lengkap ____________________________________________________________
2. Tempat & Tanggal Lahir ___________________________________________________
   tgl. ___ bln. ___ thn. ___
3. Jenis Kelamin
   □ Laki-laki □ Perempuan
4. Golongan Darah
   □ A □ B □ O □ AB
5. Agama _________________________________________________________________
6. Alamat Rumah
   No. Telp. ___________________________ NO. HP ___________________________
7. Instansi _______________________________________________________________
8. NIP _________________________________________________________________
9. Pangkat/Golongan _______________________________________________________
10. Alamat Instansi
    No. Telp. ___________________________
    E. mail ________________________________________________________________
11. Pengalaman Pendidikan Setelah SMA
    Perguruan Tinggi (D3) 
    Fakultas 
    Jurusan 
    Tanggal Lulus 
    IPK 
    Perguruan Tinggi (S1) 
    Fakultas 
    Jurusan 
    Tanggal Lulus 
    IPK 
12. Karya Ilmiah
    □ Ada (lampirkan) □ Tidak ada
    judul _________________________________________________________________
13. Pemberi Rekomendasi Kelayakan Akademik
    Nama _________________________________________________________________
    Alamat _______________________________________________________________
    E-mail ________________________________________________________________
    a. _________________________________________________________________
    b. _________________________________________________________________
14. Sumber Biaya
    □ Sendiri □ Instansi □ BPPS
    □ Lain-lain, sebutkan ___________________________________________________
    - 2011

Tanda Tangan & Nama Terang

Catatan :
- Beri tanda silang (X) pada pilihan yang sesuai
- Tulis dengan huruf balok dan menggunakan tinta hitam

FL/S2/2011/01
REKOMENDASI KELAYAKAN AKADEMIK (PROFESI GIZI)

1. Nama Pelamar

2. Minat Program Studi

3. Pengenalan terhadap Pelamar
   - sebagai mahasiswa selama ______ tahun
   - sebagai bawahan selama ______ tahun
   - sebagai kolega selama ______ tahun

4. Penilaian akademik terhadap pelamar untuk mengikuti program pendidikan
   Hal-hal yang dianggap kuat

   Hal-hal yang dianggap lemah

5. Dalam mengikuti program pendidikan diperkirakan pelamar akan,
   - berhasil dengan memuaskan
   - cukup cakap untuk mengikuti pendidikan
   - memerlukan bimbingan khusus untuk berhasil

6. Apabila terdapat persoalan yang berhubungan dengan kemajuan pendidikan pelamar,
   - bersedia memberikan pertimbangan
   - tidak bersedia memberikan pertimbangan

7. Identitas Pemberi Rekomendasi
   Nama Lengkap
   Jabatan
   Alamat
   E-mail
   No.Telp.
   No. HP.
   - 20

Catatan:
- Beri tanda silang (X) untuk pilihan yang sesuai
- Tulis dengan huruf balok menggunakan tinta hitam dan masukkan dalam amplop tertutup

Tanda tangan Pemberi Rekomendasi
PENUGASAN MENGIKUTI PENDIDIKAN PROFESI GIZI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama ____________________________________________
NIP ______________________________________________
Jabatan __________________________________________
Instansi __________________________________________

Menugaskan kepada:

Nama ____________________________________________
NIP ______________________________________________
Jabatan __________________________________________
Instansi __________________________________________

Untuk mengikuti program pendidikan profesi gizi di Program Studi Ilmu Gizi (Profesi) Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.

Untuk menjamin kelancaran aktivitas selama mengikuti program pendidikan tersebut, yang bersangkutan dibebaskan dari tugas-tugas di Instansi/Lembaga.

Catatan: Tulis dengan huruf balok dan sebaiknya menggunakan tinta hitam

FL/S2/2011/03
PERNYATAAN TENTANG SUMBER BIAYA
PENDIDIKAN PROFESI GIZI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama
NIP
Jabatan
Instansi

Menyatakan bahwa, jika saya telah diterima sebagai mahasiswa program pendidikan profesi di Program Studi Ilmu Gizi (Profesi) Fakultas Kedokteran - Universitas Brawijaya Tahun Akademik 2011/2012 maka,

☐ Saya bersedia menanggung seluruh biaya pendidikan selama belajar di Program Studi Ilmu Gizi (Profesi) Fakultas Kedokteran - Universitas Brawijaya

☐ Instansi saya menanggung seluruh biaya pendidikan selama belajar di Program Studi Ilmu Gizi (Profesi) Jurusan Gizi Fakultas Kedokteran - Universitas Brawijaya

☐ Seluruh biaya pendidikan selama belajar di Program Studi Ilmu Gizi (Profesi) Fakultas Kedokteran - Universitas Brawijaya akan ditanggung oleh pemberi beasiswa/sponsor __________________

☐ Saya berharap memperoleh beasiswa dari __________________

Menyetujui
Pimpinan Instansi/Lembaga/Sponsor, Pelamar,

_________________________ __________________
Tanda Tangan & Nama Terang Tanda Tangan & Nama Terang

Catatan:
- Beri tanda silang (X) pada pilihan yang sesuai
- Tulis dengan huruf balok dan sebaiknya menggunakan tinta hitam

FL/32/2011/04