**SURAT KETERANGAN DISABILITAS**

**DAN KEMAMPUAN FUNGSIONAL PENYANDANG DISABILITAS**

**PEMERIKSAAN DOKTER PEMERINTAH**

Yang bertandatangan dibawah ini menerangkan bahwa :

Nama : ............................................................................ L / P

Jabatan yang dilamar : ............................................................................

Kualifikasi pendidikan : ............................................................................

Umur/Tgl Lahir : ............................................................................

Alamat KTP : ............................................................................

............................................................................

Setelah dilakukan pemeriksaan kesehatan dan kemampuan fungsional oleh Dokter Pemerintah bahwa yang bersangkutan benar-benar sebagai penyandang disabilitas (cacat fisik),

berupa: Tuna ............................................................................

dan membutuhkan alat bantu berupa:

1. Kursi Roda
2. Alat Bantu dengar
3. Terapi .………..
4. .………………..

Berdasar hasil dari pemeriksaan, bahwa yang bersangkutan masih **bisa ditingkatkan** melalui terapi dengan alat bantu, bahasa isyarat dan treatment khusus lainnya serta **dapat/tidak dapat\*)** melaksanakan tugas kedinasan pada jabatan tersebut di atas apabila diterima sebagai CPNSD Pemerintah Kota Semarang.

|  |  |
| --- | --- |
|  | ……………, September 2018  Dokter ,……………………  (……………………………) |

\*) coret yang tidak perlu