

SURAT KETERANGAN KESEHATAN

Nomor : 856/KLINIK GRATIA/SKS/X/ 2025

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : **dr. Emilia Hernawati Yorini Dorsi**
Alamat Praktik : **Klinik GRATIA**
Jln.Ki Hajar Dewantara, Golo Karot,
Kelurahan Rana Loba, Borong
Kabupaten Manggarai Timur
No. SIP : **DPMPTSP.576 / 15 / IPD / VII / 2020**

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : **SELVIANA NARTI**
TTL : **RUJUNG,09-09-1996**
JENIS KELAMIN : **PEREMPUAN**
ALAMAT : **RUJUNG, RT/RW. 006/003,
KEL/DESA GOLO MUNGA BARAT, KEC.LAMBA LEDA UTARA,
KAB. MANGGARAI TIMUR**

Pada saat ini keadaannya **SEHAT JASMANI** untuk :

PERSYARATAN UNTUK MENGIKUTI (PPG) PENDIDIKAN PROFESI GURU-TAHAP 4 TAHUN 2025

Keterangan :

- Hasil Pemeriksaan Laboratorium : **Terlampir**
- Tinggi badan : **143 cm**
- Berat Badan : **56 Kg**
- Penglihatan : **Tidak Buta Warna ***
- Tensi : **110/ 80 mmhg**
- Nadi : **70 x/Menit**
- Suhu : **36,2 Celsius**
- Pernapasan : **20 x/Menit**

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk diketahui dan dipergunakan sebagaimana mestinya.

*)Coret yang tidak perlu

Borong,30/10/2025

Dokter Pemeriksa



dr.Emilia Hernawati Yorini Dorsi

SIP : DPMPTSP.576 / 15 / IPD / V II / 2020