



PEMERINTAH DAERAH KOTA SOLOK
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

Komplek Balaikota Gedung D Jalan Lubuk Sikarah Kota Solok

SURAT IZIN PRAKTEK TERAPIS WICARA

NO	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	Permenkes Ri No. 24 Tahun 2013 Tentang Pekerjaan Dan Praktik Terapis Wicara.
2.	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat permohonan yang ditujukan kepada Walikota Solok cq Kepala DPMPTSP Kota Solok. 2. Fotocopy KTP yang masih berlaku. 3. Fotocopy ijazah yang telah dilegalisir. 4. Fotocopy SITW yang masih berlaku. 5. Surat keterangan sehat dari dokter. 6. Rekomendasi dari organisasi profesi. 7. Surat keterangan dari pimpinan tempat kerja. 8. Pas photo berukuran 4 x 6 sebanyak 2 (dua) lembar dan 3 x 4 latar belakang merah sebanyak 1 (satu) lembar dengan pakaian sesuai profesi. 9. Semua berkas rangkap 2 (dua) dan mencatumkan nomor HP yang bisa dihubungi.
3.	Sistem, Mekanismedan Prosedur	<p align="center">ALUR REKOMENDASI IZIN</p> <p>1. Pemohon mengisi form dan melengkapi dokumen</p> <p>2. Petugas DPM-PTSP memeriksa dan meneliti kelengkapan berkas</p> <p>3. Bahan dikirim ke dinas kesehatan</p> <p>4. Petugas memeriksa kelengkapan bahan kemudian melaksanakan survey ke sarana</p> <p>5. Bahan Lengkap dibuatkan surat rekomendasi</p> <p>6. DIKIRIM</p> <p>7. Bahan Tidak Lengkap akan dikirmo lagi</p>
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	9 (Sembilan hari) Hari Kerja Terhitung Sejak Berkas dan Persyaratan Lengkap
5.	Biaya/Tarif	Gratis
6.	Produk Pelayanan	Surat Izin Praktek/ Kerja
7.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p>Layanan pengaduan (S M S) Media Sosial</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Facebook (Dinas PMPTSP) b. Instagram (@dmpptspsolok.kota) c. Whatsapp (082173733757) d. Website (Dpmpptspsolokkota.go.id)


KEPALA DINAS
Ir. HENDAUKHTRI
 NIP. 09621116 198809 2 001