

# SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....

Tempat/Tanggal Lahir : .....

Jenis Kelamin : .....

Asal Sekolah : .....

Alamat Lengkap : .....

.....

.....

Nama Orang Tua : Ayah (.....)

Ibu (.....)

Nomor Ujian : .....

Nama Instansi Tes Kesehatan : .....

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa :

1. Saya benar mendaftar untuk mengikuti seleksi calon mahasiswa Fakultas Kedokteran UMSU Medan.
2. Hasil Tes Kesehatan yang saya lakukan MURNI, dari hasil Tes kesehatan saya sendiri.
3. Hasil dari Tes Kesehatan akan saya lampirkan bersama surat ini.
4. Apabila saya mengingkari surat pernyataan ini, maka saya bersedia untuk tidak diterima di Fakultas Kedokteran UMSU.

....., ..... 2021

Yang menyatakan,

Materai

(.....)

Orang Tua Calon Mahasiswa/i

(.....)

Calon Mahasiswa/i

\* Tes Kesehatan