



**KEMENTERIAN PERHUBUNGAN
BADAN PENGEMBANGAN SUMBER DAYA MANUSIA PERHUBUNGAN
POLITEKNIK PELAYARAN BANTEN**

JL. RAYA KARANGSERANG NO. 1
KEC. SUKADIRI, KAB. TANGERANG 15530
PROPINSI BANTEN

TELP. : (021) 59370327
59370328
59370329
FAX : (021) 59370330

E.Mail : tuk@poltekpel-banten.ac.id
info@poltekpel-banten.ac.id
Website : www.poltekpel-banten.ac.id

PENGUMUMAN

NO : PG.075/IX/Poltekpel.Btn-2020

T E N T A N G

**JADWAL PELAKSANAAN TES KESEHATAN DAN TES
KESAMAPTAAN JALUR REGULER POLA PEMBIBITAN DAN NON
POLA PEMBIBITAN PROGRAM STUDI DIPLOMA III
PADA POLITEKNIK PELAYARAN BANTEN
TAHUN AKADEMIK 2020/2021**

1. Berdasarkan Pengumuman Direktur Politeknik Pelayaran Banten Nomor : PG.074/IX/Poltekpel.Btn-2020 tanggal 09 September 2020 tentang Pembayaran Tes Kesehatan dan Tes Kesamaptan Seleksi Penerimaan Calon Taruna (Sipencatar) Jalur Reguler Pola Pembibitan dan Non Pola Pembibitan Program Diploma III Pelayaran pada Politeknik Pelayaran Banten Tahun Akademik 2020/2021.
2. Terkait butir 1 (satu) diatas, disampaikan jadwal pelaksanaan Tes Kesehatan dan Tes Kesamaptan Seleksi Penerimaan Calon Taruna (Sipencatar) Jalur Reguler Pola Pembibitan dan Non Pola Pembibitan Program Diploma III Pelayaran sebagai berikut :

NO	JENIS TES	TANGGAL	WAKTU	LOKASI	PAKAIAN
1	Tes Kesehatan			RS. Tk IV Kencana Serang, Jl.Jendral Ahmad Yani No. 21-23 Sumurpecung – Serang	Bebas Rapi (Kemeja Putih & Celana Kain Berwarna Gelap) dan membawa Kaos Putih Polos, Training/Celana Pendek, Sepatu Olahraga dan jilbab hitam bagi wanita yang berhijab.
	a. Tes Kesehatan Umum	14 September 2020	06.00 WIB - Selesai	Cimuncang Serang Banten	
2	Tes Kesamaptan			Kampus Politeknik Pelayaran Banten, Jl. Raya Karang Serang No. 1 Sukadiri Tangerang - Banten	
		16 September 2020	07.00 WIB - Selesai		

3. Calon Taruna/i wajib mengisi formulir persetujuan pemeriksaan Kesehatan yang diisi oleh peserta dan diketahui oleh orang tua Calon Taruna/i dan dibawa pada saat pelaksanaan tes sebagaimana terlampir pada pengumuman ini;
4. Kelalaian dalam membaca dan memahami pengumuman menjadi tanggung jawab Calon Taruna/i;
5. Demikian pengumuman ini disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Tangerang, 11 September 2020

**KEMENTERIAN PERDIKEMBANGAN
POLITEKNIK PELAYARAN BANTEN**



HERU WIBADA, M.M
Pembina Tk. I (IV/b)
NIP. 19630205 199903 1 001

**SURAT PERNYATAAN
PERSETUJUAN PEMERIKSAAN KESEHATAN CALON TARUNA/I
(NAMA UPT)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Nomor Peserta :
Program / Jurusan :
Umur :
Tempat / Tanggal Lahir :
Alamat :
Nomor Telp / Hp :
Dengan ini menyatakan :

1. Setuju untuk mengisi formulir anamnesa dan menceritakan segala riwayat penyakit yang pernah saya derita, kecelakaan yang pernah saya alami, serta cacat bawaan dan kelainan yang ada pada diri saya.
2. Setuju untuk melakukan seluruh pemeriksaan kesehatan fisik (termasuk pengambilan urine dan darah untuk pemeriksaan Darah Lengkap, Urine Lengkap, SGOT, SGPT, HbsAg, BUN, Creatinin, Pemeriksaan Narkoba, HIV, Plano Test untuk perempuan) serta pemeriksaan EKG, Audiometri, Foto Thorax dan MMPI oleh RS / Dokter yang ditunjuk BPSDM Perhubungan dalam rangka pemeriksaan kesehatan.
3. Setuju bahwa hasil pemeriksaan kesehatan akan diserahkan kepada RS / Dokter yang ditunjuk BPSDM Perhubungan secara langsung untuk dilaporkan kepada Panitia Seleksi Penerimaan Taruna/i sebagai bahan pertimbangan dalam menetapkan saya sebagai calon / peserta pendidikan.
4. Setuju bahwa berkas hasil pemeriksaan lengkap catatan medik hasil pemeriksaan kesehatan saya tetap disimpan oleh Pihak Sekolah yang dituju dan menjadi hak Panitia Seleksi Penerimaan Taruna/i.
5. Setuju bahwa hasil pemeriksaan kesehatan yang dilakukan oleh RS / Dokter yang ditunjuk oleh BPSDM Perhubungan bersifat final dan hasil pemeriksaan ini tidak dipertentangkan dengan hasil pemeriksaan lain diluar yang dilakukan oleh RS / Dokter selain tersebut diatas.
6. Apabila saya memberikan petunjuk yang keliru tentang kesehatan saya ini dan dapat membahayakan diri saya sendiri dan orang lain yang akhirnya dapat merugikan Negara, maka saya siap untuk diberikan sanksi berupa sanksi pidana atau dikeluarkan dari pendidikan.
7. Hasil pemeriksaan kesehatan sesuai **STATUS PRESENT** (kondisi kesehatan pada saat pemeriksaan kesehatan dilakukan).
8. Setuju untuk melepas Kawat Gigi jika saya diterima sebagai Taruna/taruni.
9. Bersedia mengikuti prosedur pencegahan penyebaran Covid-19 selama pelaksanaan Tes Kesehatan dengan segala ketentuannya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Mengetahui

Orang Tua

(.....)

..... 20

Yang menyetujui

Materai 6000

(.....)