

Formulir Pendaftaran
PENDIDIKAN DOKTER GIGI
SPEKIALIS

Nama	:	_____
Nomor Peserta	:	_____
Program Studi 1	:	_____

Program Studi 2	:	_____

Semester	:	Gasal/Genap*) tahun ajaran _____

*) coret yang tidak perlu



PENERIMAAN MAHASISWA BARU
UNIVERSITAS AIRLANGGA



UNIVERSITAS AIRLANGGA

PUSAT PENERIMAAN MAHASISWA BARU

PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

TATACARA PENDAFTARAN

Bacalah informasi di bawah ini sebelum anda mengisi formulir.

1. Formulir pendaftaran harus diisi dengan benar dan lengkap.
2. Isilah formulir ini danengkapilah dengan lampiran-lampiran berikut:
 - a. Pas Foto Berwarna 4 X 6 sebanyak 3 lembar.
 - b. Foto copy Ijazah Sarjana dan Profesi yang telah disahkan oleh pihak yang berwenang.(Jika Belum Dilegalisir, Ijazah Asli & Fotocopy Ijazah Asli diperlihatkan saat verifikasi)
 - c. Foto copy Transkrip Akademik Sarjana dan Profesi yang telah disahkan oleh pihak yang berwenang.(Jika Belum Dilegalisir, Transkrip Akademik Asli & Fotocopy Transkrip diperlihatkan saat verifikasi)
 - d. Surat Tanda Registrasi (STR) Dokter Gigi bagi yang bekerja di klinik gigi spesialis.
 - e. Surat Keterangan Catatan Kepolisian (SKCK).
 - f. Surat persetujuan mengikuti Pendidikan Spesialis dari orang tua/suami/istri.
 - g. Surat persetujuan mengikuti Pendidikan Spesialis dari atasan (bagi yang sedang bekerja).
 - h. Surat keterangan sehat dari instansi pemerintah.
 - i. Surat pernyataan bersedia ditugaskan diseluruh wilayah Indonesia selama menempuh pendidikan (diketahui oleh orang tua/suami/istri).
 - j. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi/ tempat mendapatkan beasiswa.
 - k. Foto copy Surat Tanda Registrasi Profesi yang masih berlaku.
 - l. Surat pernyataan bersedia mematuhi semua peraturan yang berlaku di Unair.
 - m. Daftar riwayat hidup.
 - n. Foto copy sertifikat prestasi yang dicapai.
 - o. Foto copy sertifikat TOEFL.
3. Formulir yang telah diisi dan dilengkapi **harus dikembalikan sendiri** ke Kantor Pusat Penerimaan Mahasiswa Baru Universitas Airlangga, Airlangga Convention Center (ACC) Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115.
4. Melunasi biaya pendaftaran dan seleksi sebesar Rp1.250.000,- yang diserahkan tunai pada saat pengembalian Formulir Pendaftaran ini.
5. Biaya yang telah diserahkan tidak dapat diminta kembali dengan alasan apapun.

Catatan:

Berkas yang tidak lengkap tidak diproses. Tidak dilakukan surat menyurat.



UNIVERSITAS AIRLANGGA
PUSAT PENERIMAAN MAHASISWA BARU
PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

KELENGKAPAN BERKAS PENDAFTARAN
CALON MAHASISWA PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS
UNIVERSITAS AIRLANGGA
TAHUN AKADEMIK ____/____

Nama lengkap dengan gelar : _____

Alamat surat menyurat : _____

NIP/NRP/NIK (bila ada) : _____

Karpeg (bila ada) : _____

Bidang spesialis yang diminati : 1. _____

2. _____

KELENGKAPAN BERKAS PENCALONAN (diisi oleh petugas)

Berkas-berkas	Sudah	Belum
a. Fotokopi ijazah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Fotokopi transkrip	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Fotokopi karya ilmiah <small>(bila ada)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Surat keterangan sehat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Surat ijin belajar dari instansi <small>(bagi pelamar yang bekerja)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Surat jaminan pembiayaan pendidikan <small>(bagi pelamar yang tugas belajar)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Surat kesanggupan membayar SP3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Pasfoto 4x6cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



UNIVERSITAS AIRLANGGA
PUSAT PENERIMAAN MAHASISWA BARU
PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

FORMULIR PERMOHONAN MENGIKUTI PROGRAM
PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS
UNIVERSITAS AIRLANGGA
TAHUN AKADEMIK ____/____

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : _____
Tempat/ tanggal lahir : _____
Alamat : _____
Pekerjaan : _____
NIP/NRP/NIK : _____

mengajukan permohonan untuk mengikuti Pendidikan Dokter Gigi Spesialis di Fakultas
Kedokteran Gigi Universitas Airlangga tahun akademik ____/____

Program studi : 1. _____
: 2. _____

_____/_____

(nama & tanda tangan)

PERNYATAAN ATASAN YANG BERWENANG

(bagi calon yang sudah bekerja)

Permohonan Saudara _____ kami setujui. Bila permohonan ini
diterima, maka yang bersangkutan kami tugaskan untuk belajar mengikuti pendidikan
sepenuhnya, serta dibebaskan dari tugas-tugas rutin.

_____/_____

(nama & tanda tangan)



UNIVERSITAS AIRLANGGA
PUSAT PENERIMAAN MAHASISWA BARU
PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

RIWAYAT HIDUP

pas foto
4 x 6 cm

I. DATA PRIBADI

1. Nama lengkap dengan gelar : _____
2. Tempat, tanggal lahir : _____
3. Jenis kelamin : _____
4. Agama/Kepercayaan : _____
5. Status perkawinan : _____
6. Alamat korespondensi
 - a. Jalan/kode pos : _____
 - b. Telpon/fax/hp/e-mail : _____
 - c. Kelurahan/desa : _____
 - d. Kecamatan : _____
 - e. Kabupaten/kota : _____
 - f. Provinsi : _____
7. Pekerjaan/jabatan : _____
8. Instansi : _____
9. NIP/NIK (jika ada) : _____
10. Karpeg (jika ada) : _____
11. Pangkat dan golongan ruang : _____
12. Alamat Instansi
 - a. Jalan, kota, provinsi : _____

 - b. Telepon/fax : _____
 - c. E-mail : _____



UNIVERSITAS AIRLANGGA
PUSAT PENERIMAAN MAHASISWA BARU
PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

II. PENDIDIKAN

1. Pendidikan di dalam atau di luar negeri

NO.	JENJANG PENDIDIKAN	NAMA INSTITUSI	BIDANG STUDI	TAHUN MASUK DAN TAHUN LULUS
1	SD			
2	SLTP			
3	SLTA			
4	Perguruan tinggi			
	a. Sarjana			
	b. Dokter			
	c. S2/SP			
5	Lain-lain			

2. Kursus/pelatihan di dalam dan di luar negeri yang relevan (jika ada)

NO.	NAMA KURSUS/ PELATIHAN	LAMA (BLN/TAHUN)	TANDA LULUS/ SURAT KET/ TAHUN	TEMPAT	KETERANGAN
1					
2					
3					
4					
5					



UNIVERSITAS AIRLANGGA
PUSAT PENERIMAAN MAHASISWA BARU
PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

III. KEGIATAN ILMIAH

Simposium/seminar/pertemuan ilmiah lain, lampirkan fotokopi sertifikat *(jika ada)*

NO.	NAMA	PERAN	BLN/TAHUN PENYELENGGA- RAAN	INSTANSI PENYELENGGARA	TEMPAT

IV. PENGUASAAN BAHASA ASING*)

BAHASA	MEMBACA			MENULIS			BERBICARA			KETERANGAN
	K	S	B	K	S	B	K	S	B	
1. Inggris										K = Kurang S = Sedang B = Baik Jika ada sertifikat, harap dilampirkan
2. Jepang										
3. Jerman										
4. Perancis										
5. Belanda										
6. Lainnya: _____										

*) Beri tanda (√) pada kolom yang sesuai

V. PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Publikasi karya ilmiah yang terpenting. Sebutkan judul, nama majalah dan tahun penulisan, jika sudah diterbitkan *(bila ada)*



UNIVERSITAS AIRLANGGA
PUSAT PENERIMAAN MAHASISWA BARU
PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

VI. LAIN- LAIN

1. Pernahkah Saudara melamar pada Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis sebelum ini?

Pernah, pada tahun _____
di Universitas _____

Belum

2. Rencana pembiayaan pendidikan (beri tanda pada kotak yang sesuai)

Instansi asal calon peserta

Biaya sendiri

Lain-lain: _____

Keterangan ini dibuat dengan Sebenarnya.

Diketahui/Disetujui oleh:
Pimpinan Perguruan Tinggi/Pimpinan
Instansi

Calon Peserta
Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis

(nama & tanda tangan)

(nama & tanda tangan)



UNIVERSITAS AIRLANGGA
PUSAT PENERIMAAN MAHASISWA BARU
PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

SURAT PERNYATAAN
KESEDIAAN DAN KESANGGUPAN MEMBAYAR SUMBANGAN
PENINGKATAN DAN PENGEMBANGAN PENDIDIKAN (SP3)
PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS
UNIVERSITAS AIRLANGGA

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : _____

Alamat : _____

Dengan ini menyatakan bersedia dan sanggup dengan sukarela membayar Sumbangan Peningkatan dan Pengembangan Mutu Pendidikan (SP3) Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga, sesuai dengan Peraturan Rektor yang berlaku, untuk :

Program Studi Pilihan : _____

Sebesar : _____

Terbilang : _____

yang akan dilunasi pada saat mendaftar ulang sebagai mahasiswa baru.

Demikian pernyataan kesediaan ini saya buat tanpa paksaan dari pihak manapun.

Surabaya, _____
Pelamar

Materai
Rp6.000,-

(nama & tanda tangan)