**SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN**

**(*Informed Consent*)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : …………………………………………………….

No. Pendaftaran : …………………………………………………….

Program Studi : …………………………………………………….

Alamat : …………………………………………………….

No. Hp : …………………………………………………….

Dengan ini menyatakan setuju dengan aturan dan tata cara yang telah dibuat oleh Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada dan Program Studi PPDS/Subspesialis dalam rangka mengikuti tes PPDS/Subspesialis tatap muka, yaitu:

1. Bagi peserta dari luar Daerah Istimewa Yogyakarta DIY, setuju melakukan Tes Swab Antigen/PCR sesuai dengan moda transportasi yang digunakan dan mengirimkan hasilnya ke program studi maksimal 1 (satu) hari sebelum kedatangan di Yogyakarta. Untuk peserta yang bertempat tinggal di Yogyakarta tidak perlu melakukan tes swab/isolasi mandiri,
2. Setuju tidak mengikuti tes PPDS/Subspesialis apabila hasil tes swab antigen/PCR positif dan mengikuti pendaftaran PPDS/Subspesialis periode berikutnya.
3. Setuju mengikuti tes lain yang disyaratkan program studi dan dengan biaya sendiri.
4. Setuju untuk tidak berpergian/tetap ditempat tinggal selama mengikuti tes PPDS/Subspesialis.
5. Mengirimkan *soft file* sertifikat vaksinasi 1 dan 2 ke program studi.

Saya dalam keadaan SADAR dan TIDAK ADA PAKSAAN dari pihak manapun dalam menandatangani surat persetujuan ini, sehingga saya bersedia mengikuti kegiatan dan rangkaian tes PPDS/Subspesialis tatap muka.

………………,…………..

materai 10000

Yang membuat pernyataan