|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | ……………, ……………….…… 2025 |
| Hal : Permohonan Pengangkatan |  |  | Kepada Yth. |
| Calon PPPK |  |  | Bapak Bupati Lampung Barat  Cq. Ketua Panitia Seleksi CASN |
|  |  |  | Pemerintah Kabupaten Lampung Barat  Tahun 2024 |
|  |  |  | di- |
|  |  |  | LIWA |

Memperhatikan pengumuman nomor : 810/1151IV.05/2024 tanggal 31 Desember 2024 tentang Hasil Nilai Seleksi Kompetensi dan Persyaratan Kelengkapan Dokumen Penetapan Nomor Induk Pegawai Pemerintah Dengan Perjanjian Kerja (NIPPPK) Tenaga Teknis dan Tenaga Kesehatan Pemerintah Kabupaten Lampung Barat Tahun Anggaran 2024, maka dengan hormat saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : …………………………………….

Tempat &Tgl. Lahir : …………………………………….

Pendidikan : …………………………………….

Tahun Lulus ………………..……….

Alamat : .……………………………...…….

Telp : …………………………...………..

Email : …………………………...….…….

Mengajukan permohonan pengangkatan Calon Pegawai Pemerintah Dengan Perjanjian Kerja (PPPK) Tenaga Kesehatan di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Lampung Barat Tahun Anggaran 2024 untuk :

Formasi : Khusus

Jabatan : Tenaga Kesehatan

Nama Jabatan : …………………………………..

Kualifikasi Pendidikan : …………………………………..

Unit Kerja Penempatan : …………………………………..

Sebagai bahan pertimbangan, maka bersama ini saya sampaikan berkas-berkas persyaratan yang saya unggah pada portal https://sscasn.bkn.go.id.

Demikian permohonan ini saya buat dengan sebenarnya dan apabila dokumen yang saya unggah tidak benar / tidak sesuai aslinya / tidak sesuai ketentuan saya bersedia dibatalkan dalam seleksi CASN serta menanggung segala akibatnya.

Hormat Saya,

Pemohon,

meterai

Rp.10.000.-

............................