|  |
| --- |
| **SURAT PERNYATAAN TIDAK MEMILIKI PENYAKIT KRONIS****UNTUK MENGIKUTI PROGRAM MAGANG MAHASISWA BERSERTIFIKAT BATCH-2 TAHUN 2020**  |
| Yang bertanda tangan dibawah ini, saya: |
| Nama | : |  |
| NIM | : |  |
| Jurusan/ Prodi | : |  |
| Semester | : |  |
| No. HP | : |  |
| Alamat | : |  |
| Dengan ini MENYATAKAN bahwa saya TIDAK MEMILIKI PENYAKIT KRONIS dan SANGGUP mengikuti Program Magang Mahasiswa Bersertifikat (PMMB) Batch 2 Tahun 2020 sampai selesai. |
| Demikian surat pernyataan ini disampaikan dengan benar. Jika dikemudian hari ada hal yang bertentangan dengan pernyataan ini, saya bersedia dikenakan sanksi dan mengembalikan dana yang telah dikeluarkan oleh Negara untuk pembiayaan saya. Dibuat di :Hari, Tanggal :\*Materai 6000 (..........................................) NIM. ............................. |