

SURAT PERNYATAAN

DALAM RANGKA PENGENDALIAN COVID-19 DI FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SIDOARJO

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Orang tua :
Alamat :
Nomor Handphone/WA :
Orang tua dari Mahasiswa :
Program Studi :
Semester/NIM :

Dengan ini menyatakan dengan sebenarnya bahwa putra/i Saya dalam kondisi sehat dan mengizinkan untuk mengikuti Pembelajaran, Perkuliahan dan atau Praktik Laboratorium di Fakultas Ilmu Kesehatan tahun akademik 2020/2021 sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan oleh pihak institusi. Saya membebaskan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Sidoarjo dari segala tuntutan, gugatan, tanggung jawab hukum, dan/atau kerugian apapun yang timbul akibat ketidak benaran atau ketidak akuratan pernyataan yang Saya buat dalam rangka pencegahan Penyebaran COVID-19.

Sidoarjo, 2021

Yang Membuat Pernyataan

Materai 10000

(_____)

Tanda tangan & Nama Lengkap