



## SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : \_\_\_\_\_  
NPM : \_\_\_\_\_  
Prog. Studi : \_\_\_\_\_  
Fakultas : \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_  
No. HP : \_\_\_\_\_

Dengan ini menyatakan bahwa saya mempunyai penyakit kronis yang menyebabkan saya dilarang Dokter mengikuti kegiatan yang melelahkan secara fisik. Adapun penyakit saya tersebut adalah :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bersama ini saya lampirkan Surat Keterangan Dokter yang merawat saya.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat sebenar-benarnya dan saya bersedia menerima sanksi apabila pernyataan saya ini tidak benar.

Diketahui :  
Orang tua/Wali Mahasiswa,

Padang, \_\_\_\_\_ 2014  
Saya yang menyatakan,

\_\_\_\_\_

- Form ini khusus bagi mahasiswa yang memiliki penyakit kronis dan dibuktikan dengan surat keterangan dokter.

**Catatan :**

***Surat pernyataan ini diserahkan paling lambat tanggal 20 Agustus 2014 jam 15.00 Wib ke bagian kemahasiswaan Universitas Bung Hatta (Gedung E lantai I)***

