UMSURA Universitas Muhammadiyah Surabaya | Fakultas Kedokteran

RIWAYAT HIDUP

Pas photo
3 x 4 cm

I. DATA PRIBADI

1. Nama lengkap dengan gelar : _____
2. Tempat, Tanggal Lahir : _____
3. Jenis Kelamin : _____
4. Agama/Kepercayaan : _____
5. Status Perkawinan : _____
6. Alamat Korespondensi
   a. Jalan/Kode Pos : _____
   b. Telepon/Fax/HP/E-mail : _____
   c. Kelurahan/Desa : _____
   d. Kecamatan : _____
   e. Kabupaten/Kota : _____
   f. Provinsi : _____
7. Pekerjaan/Jabatan : _____
8. Instansi : _____
9. NIP/NIK (jika ada) : _____
10. Karpeg (jika ada) : _____
11. Pangkat dan Golongan Ruang : _____
12. Alamat Instansi
    a. Jalan, Kota, Provinsi : _____
    b. Telepon/Fax : _____
    c. E-mail : _____

II. PENDIDIKAN

1. Pendidikan di dalam atau di luar negeri

NO.	JENJANG PENDIDIKAN	INSTITUSI	BIDANG STUDI	TAHUN MASUK DAN TAHUN LULUS
1.	SD			
2.	SLTP			
3.	SLTA			
4.	Perguruan Tinggi			
	a. Sarjana			
	b. Dokter			
	c. Magister/Sp			
5.	Lain-lain			

2. Kursus/pelatihan di dalam dan di luar negeri yang relevan (jika ada)

NO.	NAMA KURSUS/ PELATIHAN	LAMA (BLN/TAHUN)	TANDA LULUS/SURAT KET./TAHUN	TEMPAT	KETERANGAN
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Alamat
Jl. Sutorejo No. 59 Kota Surabaya, Provinsi Jawa Timur, Indonesia 60113

Kontak
Phone : 031 3813096
Fax : 031 3813096
Email : rektorat@um-surabaya.ac.id

III. RIWAYAT PEKERJAAN

1. Pekerjaan atau Jabatan di pemerintahan atau swasta dan tahun bertugas

2. Jabatan Sekarang

3. Nama jabatan atasan langsung di instansi pemerintah atau swasta

4. Kegiatan dalam organisasi profesi

5. Penghargaan dari pemerintah atau swasta

Alamat
Jl. Sutorejo No. 59 Kota Surabaya, Provinsi Jawa Timur, Indonesia 60113

Kontak
Phone : 031 3813096
Fax : 031 3813096
Email : rektorat@um-surabaya.ac.id

IV. KEGIATAN ILMIAH

Simposium/seminar/pertemuan ilmiah lain, lampirkan fotokopi sertifikat (jika ada)

NO.	NAMA	PERAN	BULAN/TAHUN PENYELENGGARAAN	INSTANSI PENYELENGGARA	TEMPAT
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

V. PENGUASAAN BAHASA ASING*)

BAHASA	MEMBACA			MENULIS			BERBICARA			KETERANGAN
	K	S	B	K	S	B	K	S	B	
Inggris										K = Kurang S = Sedang B = Baik Jika ada sertifikat, harap dilampirkan
Jepang										
Jerman										
Prancis										
Belanda										
Lainnya: _____										

VI. PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Publikasi karya ilmiah yang terpenting. Sebutkan judul, nama majalah dan tahun penulisan, jika sudah diterbitkan (jika ada)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Alamat
Jl. Sutorejo No. 59 Kota Surabaya, Provinsi Jawa Timur, Indonesia 60113

Kontak
Phone : 031 3813096
Fax : 031 3813096
Email : rektorat@um-surabaya.ac.id

VII. LAIN-LAIN

1. Pernakah Saudara melamar pada Program Pendidikan Dokter Spesialis-1 sebelum ini?

   ☐ Pernah, pada tahun _____

   di Universitas _____

   ☐ Belum

2. Rencana pembiayaan pendidikan (beri tanda pada kotak yang sesuai)

   ☐ Instansi asal calon peserta

   ☐ Biaya sendiri

   ☐ Lain-lain: _____

Keterangan ini dibuat dengan sebenarnya.

_____, _____

Diketahui/Disetujui oleh Pimpinan Perguruan Tinggi/Pimpinan Dokter Spesialis-1 Instansi	Calon Peserta Program Pendidikan
_____ (nama & tanda tangan)	_____ (nama & tanda tangan)