

**ASOSIASI INSTITUSI PENDIDIKAN KEDOKTERAN INDONESIA (AIPKI)**

***INDONESIAN MEDICAL EDUCATION ASSOCIATION (IMEA)***

Sekretariat: Komplek Ruko Rawasari Mas Blok B 10 – Jl. Percetakan Negara Jakarta Pusat

Telp.: 021- 4261735 Email: sekretariat.aipki@gmail.com

**Form Pendaftaran Peserta Pembimbingan Retaker UKMPPD Berbasis Modul**

**Data diri**

1. Nama Lengkap ( tanpa gelar ) :

**Bukti Identitas Diri**

1. No. KTP :
2. Tempat Lahir :

Provinsi :

Kabupaten/Kota :

1. Tanggal Lahir ( Tgl/Bln/Thn ) :
2. Jenis Kelamin :
3. Alamat Rumah : Jalan :

Provinsi :

Kabupaten/Kota :

Kecamatan :

Kelurahan :

RT :

Rw :

Kode Pos :

**Nomor Telepon/Email**

1. Telepon Rumah :
2. Nomor Hp :
3. E-mail yang aktif :

**Data Universitas**

1. Asal Universitas :
2. Tahun Masuk Universitas :
3. Mahasiswa Aktif di PDPT :

**Data Uji Kompetensi**

1. Uji Kompetensi Ke :

**Data dari PNUKMPPD**

1. Uji Kompetensi Ke :

**Melampirkan Pakta Integritas yang sudah ditanda tangani oleh Peserta**

**Mendapatkan Ijin dari orang tua/wali**