

Formulir Pendaftaran
PENDIDIKAN MAGISTER
ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS UDAYANA

Nama (*tanpa gelar*) : _____

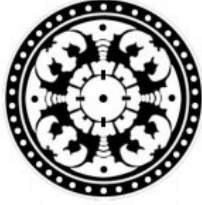
Nomor Peserta : _____
(*disi oleh petugas*)

Jalur/konsentrasi :
(*beri tanda ✓ pada 1 (satu) kotak yang sesuai*)

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Epidemiologi Lapangan |
| <input type="checkbox"/> | KIA-Kespro |
| <input type="checkbox"/> | Umum |

pas photo
3 x 4 cm

PENERIMAAN MAHASISWA BARU



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS UDAYANA
PROGRAM PASCASARJANA
MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Gedung IKM FK Unud, Jl. PB Sudirman, Denpasar
Telp. (0361) 3618183, Faks (0361) 3618184

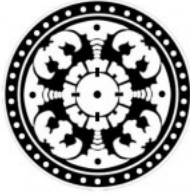
TATACARA PENDAFTARAN

Bacalah informasi di bawah ini sebelum anda mengisi formulir.

1. Formulir pendaftaran harus diisi dengan benar dan lengkap.
2. Sertakan 2 (dua) lembar salinan/fotokopi ijazah pendidikan terakhir, yang telah disahkan oleh pihak berwenang (bagi calon yang berasal dari PTS yang belum terakreditasi harus ada stempel Kopertis). Ijazah asli diperlihatkan setelah diterima.
3. Sertakan 2 (dua) lembar transkrip akademik yang disahkan. Bagi lulusan PTS harus menyertakan hasil Ujian Negara (stempel Kopertis).
4. Sertakan 3 (tiga) lembar pas photo ukuran 3 x 4 cm
5. Rekomendasi dari 1 (satu) orang yang pernah membimbing dalam studi dan atau atasan yang bersifat rahasia, bisa dikirim langsung maupun melalui perantara calon mahasiswa pada sampul tertutup.
6. Melampirkan surat jaminan pembiayaan pendidikan bagi mereka yang mendapat bantuan pembiayaan dari sponsor.
7. Melampirkan 1 lembar salinan tanda bukti pembayaran biaya pendaftaran.
8. Bukti transfer biaya pendaftaran sebesar Rp 500.000,- diserahkan saat pengembalian formulir pendaftaran ini di Gedung PS IKM Universitas Udayana, Jl. PB Sudirman, Denpasar-Bali, sesuai jadwal.
9. Mengisi surat pernyataan yang telah di tentukan oleh Program Pascasarjana Universitas Udayana (setelah lulus seleksi).

Catatan:

Berkas yang tidak lengkap tidak diproses. Tidak dilakukan surat menyurat.



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS UDAYANA
PROGRAM PASCASARJANA
MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Gedung IKM FK Unud, Jl. PB Sudirman, Denpasar
Telp. (0361) 3618183, Faks (0361) 3618184

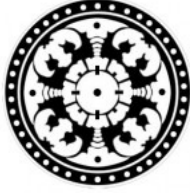
FORM S2-1

**KELENGKAPAN BERKAS PENDAFTARAN
CALON MAHASISWA BARU
PENDIDIKAN MAGISTER UNIVERSITAS UDAYANA
TAHUN AKADEMIK ____/____**

Nama lengkap dengan gelar : _____
Alamat surat menyurat : _____
NIP/NRP/NIK (bila ada) : _____
Karpeg (bila ada) : _____
Usia : _____
Jalur/konsentrasi : _____

KELENGKAPAN BERKAS PENCALONAN (diisi oleh petugas)

Berkas-berkas	Sudah	Belum
a. Rencana pembiayaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Pernyataan Tugas/Ijin Belajar dari Atasan <small>(bagi pelamar yang bekerja)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Surat Rekomendasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Pas photo 3x4 cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ijazah S1 yang telah disahkan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Transkrip akademik yang telah disahkan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Bukti pembayaran biaya pendaftaran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Surat Jaminan Pembiayaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS UDAYANA
PROGRAM PASCASARJANA
MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
Gedung IKM FK Unud, Jl. PB Sudirman, Denpasar
Telp. (0361) 3618183, Faks (0361) 3618184

FORM S2-2

FORMULIR PENDAFTARAN
PENDIDIKAN MAGISTER UNIVERSITAS UDAYANA
TAHUN AKADEMIK ____/____

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : _____
Tempat/tanggal lahir : _____
Alamat : _____
Pekerjaan : _____
NIP/NRP/NIK : _____

mengajukan permohonan untuk mengikuti Pendidikan Magister tahun ____/____
pada program studi : _____
dengan jalur/konsentrasi : _____

(nama & tanda tangan)

PERNYATAAN ATASAN YANG BERWENANG*

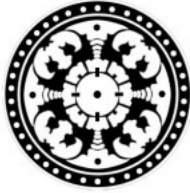
(bagi calon yang sudah bekerja)

Permohonan Saudara _____ kami setujui. Bila permohonan ini diterima, maka yang bersangkutan kami berikan **tugas/ijin belajar untuk mengikuti pendidikan di MIKM Unud.

(nama & tanda tangan)

* Paling lambat tanggal 12 Februari 2010

** Coret yang tidak perlu



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS UDAYANA
PROGRAM PASCASARJANA
MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Gedung IKM FK Unud, Jl. PB Sudirman, Denpasar
Telp. (0361) 3618183, Faks (0361) 3618184

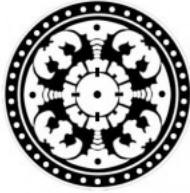
FORM S2-3

RIWAYAT HIDUP

*pas foto
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. Telpon/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 : _____



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS UDAYANA
PROGRAM PASCASARJANA
MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Gedung IKM FK Unud, Jl. PB Sudirman, Denpasar
Telp. (0361) 3618183, Faks (0361) 3618184

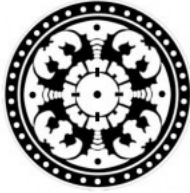
II. PENDIDIKAN

1. Pendidikan di dalam dan di luar negeri

NO.	JENJANG PENDIDIKAN	NAMA INSTITUSI	BIDANG STUDI	TAHUN MASUK DAN TAHUN LULUS	KOTA
1	Diploma				
2	Sarjana				
3	Profesi				
4	SP-1/S2				
5	Lain-lain				

2. Kursus/pelatihan di dalam dan di luar negeri yang relevan (5 tahun terakhir)

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



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS UDAYANA
PROGRAM PASCASARJANA
MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Gedung IKM FK Unud, Jl. PB Sudirman, Denpasar
Telp. (0361) 3618183, Faks (0361) 3618184

III. KEGIATAN ILMIAH

Simposium/seminar/pertemuan ilmiah lain yang pernah diikuti lima tahun terakhir yang terpenting dan lampirkan fotokopi sebagai bukti.

NO.	NAMA	PERAN	BLN/TAHUN PENYELENGGA- RAAN	INSTANSI PENYELENGGARA	TEMPAT

IV. RIWAYAT PEKERJAAN

Riwayat pekerjaan di bidang kesehatan (tiga tahun terakhir).

NO.	INSTANSI	LAMA (BLN/TAHUN)	BAGIAN	JABATAN	DESKRIPSI PEKERJAAN

V. RENCANA PEMBIAYAAN PENDIDIKAN

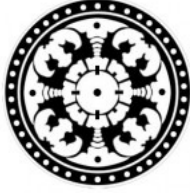
Rencana pembiayaan pendidikan (beri tanda pada kotak yang sesuai)

Instansi asal calon Pelamar : _____

Lain-lain: _____

_____ / _____

(nama & tanda tangan)

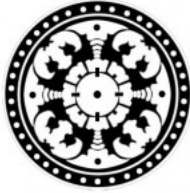


PEMBERI REKOMENDASI

Pemberi rekomendasi adalah mantan dosen/pembimbing dan/atau atasan Saudara. Sebutkan 1 (satu) orang, bukan anggota keluarga dekat Saudara, yang dapat dihubungi untuk memberikan rekomendasi bagi diri Saudara.

Nama lengkap : _____
Pekerjaan/jabatan : _____
Alamat lengkap : _____

No. Telepon/hp : _____
Hubungan dengan Anda : _____



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS UDAYANA
PROGRAM PASCASARJANA
MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Gedung IKM FK Unud, Jl. PB Sudirman, Denpasar
Telp. (0361) 3618183, Faks (0361) 3618184

FORM S2-5

FORMULIR REKOMENDASI

1. Nama lengkap Pelamar : _____
2. Program Studi yang akan diikuti : _____
3. Jalur/konsentrasi : _____
4. Telah mengenal Pelamar selama : _____ tahun
5. Berikan penilaian Saudara tentang kemampuan dan prestasi akademik Pelamar.

NO.	KEMAMPUAN & MINAT	KURANG	CUKUP	BAIK	SANGAT BAIK
1	Kemampuannya untuk belajar di Program Pascasarjana				
2	Prestasi akademik pada studi sebelumnya				
3	Prediksi tentang prestasi akademik pada studi yang akan diikutinya				
4	Prediksi tentang penyelesaian studinya akan tepat waktu				

6. Pemberi rekomendasi

- a. Nama *(dengan gelar)* : _____
- b. Jabatan saat ini : _____
- c. Alamat : _____

Pemberi rekomendasi

(nama & tanda tangan)