

**SURAT KETERANGAN DISABILITAS
DAN KEMAMPUAN FUNGSIONAL PENYANDANG DISABILITAS
Pemeriksaan Dokter Pemerintah**

Yang bertandatangan dibawah ini menerangkan bahwa :

Nama : L / P

Umur/Tgl Lahir :

Alamat KTP :

.....

Setelah dilakukan pemeriksaan kesehatan dan kemampuan fungsional oleh Dokter Pemerintah bahwa yang bersangkutan benar-benar sebagai penyandang disabilitas (cacat fisik) :

1. Tuna Rungu (gangguan pendengaran sedang $\leq 56-70$ dB)
2. Tuna Grahita (gangguan ringan dengan IQ $\geq 51-70$)
3. Tuna Daksa (gangguan gerak yang disebabkan oleh kelainan neuro-muskular dan struktur tulang yang bersifat bawaan, sakit atau akibat kecelakaan, termasuk amputasi)
4. Tuna Laras (mengalami hambatan dalam mengendalikan emosi dan kontrol sosial)
5. Kesulitan Belajar (memiliki IQ rata-rata atau diatas rata-rata, mengalami gangguan motorik persepsi-motorik, gangguan koordinasi gerak, gangguan orientasi arah dan ruang dan keterlambatan perkembangan konsep)

Dan membutuhkan alat bantu berupa :

1. Kursi Roda
2. Alat Bantu dengar
3. Terapi
4.

Berdasar hasil dari pemeriksaan Saya bahwasanya yang bersangkutan masih **dapat ditingkatkan** melalui terapi dengan alat bantu, bahasa isyarat dan treatment khusus lainnya **dapat melaksanakan tugas kedinasan** apabila diterima sebagai CPNS Pemerintah Kabupaten Situbondo pada formasi

....., September 2018

Dokter ,.....

()