

P E R N Y A T A A N

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

(Diisi menggunakan HURUF KAPITAL)

Nama Lengkap :

Jenis Kelamin : Laki-laki

Tempat Lahir :

Tanggal Lahir :

Nomor Induk Kependudukan :

Nomor Pokok Mahasiswa :

Fakultas / Program Studi :

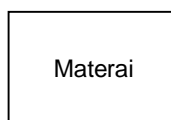
menyatakan bahwa Saya menggunakan nama, tempat lahir, tanggal lahir, dan Nomor Induk Kependudukan yang tercantum di atas sebagai identitas pada dokumen kelulusan (ijazah, transkrip akademik, dll.) yang diterbitkan oleh Institut Kesehatan Rajawali.

Apabila di kemudian hari ternyata terdapat ketidaksesuaian antara identitas yang tercantum pada dokumen kelulusan yang diterbitkan oleh Institut Kesehatan Rajawali dengan identitas lainnya, atau diperlukan identitas yang berbeda untuk keperluan / alasan apapun, hal tersebut sepenuhnya menjadi tanggung jawab Saya. Saya tidak akan meminta kepada Institut Kesehatan Rajawali untuk menerbitkan dokumen kelulusan pengganti ataupun menerbitkan surat keterangan lainnya.

Demikian pernyataan ini Saya buat dengan sebenarnya.

Bandung,

Yang Menyatakan,



(.....)