

## SURAT PERNYATAAN KEASLIAN HASIL UJI KESEHATAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Nomor Ujian :

Tempat/Tanggal Lahir :

Agama :

Alamat Lengkap :

Telp. :

Kode Pos :

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya, bahwa saya :

1. Telah melakukan uji kesehatan sebagai syarat calon mahasiswa baru ATRO Nusantara dengan sungguh-sungguh, ditempat yang kredibel, dengan cara yang sesuai kaidah dan tidak dilakukan manipulasi apapun terhadap hasil uji kesehatan tersebut.
2. ATRO Nusantara berhak untuk melakukan tes ulang sewaktu-waktu. Jika hasil uji kesehatan yang dilakukan ATRO Nusantara diperoleh hasil yang berbeda secara signifikan pada hal-hal yang menjadi dasar diterima atau tidaknya seorang calon mahasiswa baru di ATRO Nusantara, maka saya bersedia dinyatakan tidak lulus seleksi calon mahasiswa baru ATRO Nusantara dan seluruh biaya yang telah saya bayarkan (biaya pendaftaran dan biaya awal kuliah) tidak dapat saya tarik kembali

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jakarta, ....., 2020

Mengetahui

Yang membuat pernyataan

Orang tua/wali mahasiswa

Materai Rp. 6000

( )

Nama Lengkap

( )

Nama Lengkap