



**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG**

Jl. Kaligawe Km. 4, Semarang 50112, Jawa Tengah

**FORM  
PERMOHONAN PERUBAHAN DATA  
IDENTITAS DI SISTEM**

No. Dokumen FORM-SA-K-PS.KED-074

Tgl Berlaku 17 Maret 2024

No. Revisi 00

Halaman 1 dari 1

## PERMOHONAN PERUBAHAN DATA IDENTITAS DI SISTEM

Kepada Yth. :

Ka. Prodi Kedokteran

di tempat

**Assalamu'alaikum Wr. Wb.**

Pada hari ini : \_\_\_\_\_, tanggal : \_\_\_\_\_, yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : \_\_\_\_\_

NIM : \_\_\_\_\_

No. Hp/WhatsApp aktif : \_\_\_\_\_

Mengajukan :

1. Permohonan perubahan NAMA yang tertera pada sistem, yaitu :

\_\_\_\_\_

menjadi :

\_\_\_\_\_

2. Pernyataan bahwa data nama Saya tersebut tidak sesuai dengan :

Ijazah SMA

Akte Kelahiran

**CATATAN : \*) pilih salah satu, lampirkan bukti dokumen.**

3. Pernyataan bahwa Saya tidak akan mengajukan perubahan data sistem, ijazah dan transkrip di kemudian hari dengan alasan apapun, jika nama pada ijazah dan transkrip sudah disesuaikan.

Demikian, surat permohonan saya, atas perhatian dan kebijakannya saya sampaikan terima kasih.

**Wassalamu'alaikum Wr. Wb.**

Mengetahui :

Orang tua/ Wali mahasiswa

Semarang, \_\_\_\_\_

Mahasiswa

Materai Rp.  
10.000,-

( \_\_\_\_\_ )

( \_\_\_\_\_ )