Anak Lampiran 3

Surat Edaran Kepala Badan Pengawas Obat dan Makanan

Nomor : KP.10.01.1.2.09.20.24

Tanggal : 28 September 2020

**KOP SURAT**

**SURAT PERNYATAAN**

**PENGHITUNGAN KEBUTUHAN JABATAN FUNGSIONAL**

**PENGAWAS FARMASI DAN MAKANAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :**.................................................................................................**

NIP :**.................................................................................................**

Pangkat / Gol :**.................................................................................................**

Jabatan :**............................................................................................... \*)**

Instansi :**.................................................................................................**

Menerangkan bahwa berdasarkan analisa kebutuhan beban kerja dan peta jabatan ((Kementerian/Lembaga Negara/Provinsi/Kabupaten/Kota)\*\*)………………………, terdapat kebutuhan jabatan fungsional Pengawas Farmasi dan Makanan sebagai berikut:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NO | NAMA JABATAN | JUMLAH |
| 1 | Pengawas Farmasi dan Makanan Ahli Pertama |  |
| 2 | Pengawas Farmasi dan Makanan Ahli Muda |  |
| 3 | Pengawas Farmasi dan Makanan Ahli Madya |  |

Demikian surat pernyataan penghitungan kebutuhan jabatan ini kami sampaikan untuk dapat menjadi pertimbangan.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Tempat, Tanggal , Bulan, Tahun  Pejabat Yang membuat pernyataan,  Materai 6000  (……………………………….) |

\*) Paling rendah Pejabat Pimpinan Tinggi Madya

\*\*) Pilih salah satu