KOP SURAT

**SURAT PERNYATAAN TANGGUNG JAWABAN MUTLAK**

Nomor : .............

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : ...........................

NIDN/NIP : ...........................

Jabatan : Rektor / Ketua / Direktur \*)

Nama PT : ...........................

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa dosen sebagai berikut :

Nama : …………………………

NIDN : …………………………

1. Telah habis masa menerima beasiswa dan bukan karena kelalaian yang bersangkutan sehingga belum dapat menyelesaikan studi lanjutnya.
2. Status studi dosen yang bersangkutan menjadi Ijin Belajar dengan TMT (terhitung mulai tanggal) ......
3. Apabila di kemudian hari, pernyataan ini tidak sesuai dengan kondisi sebenarnya, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan ketentuan dan kebijakan yang berlaku.

SPTJM ini mulai berlaku sejak tanggal diterbitkan.

Kota, tanggal bulan tahun

Yang membuat pernyataan

Jabatan

*Meterai 10.000*

*TTD + Stempel*

Nama

NIDN/NIP

\*) coret yang tidak diperlukan

Keterangan : Tanggal penerbitan SPTJM adalah setelah tanggal 23 Mei 2023 sebagai tindak lanjut dari surat edaran Kepala LLDIKTI Wilayah VI nomor 879/LL6/DT.04.01/2023 tanggal 23 Mei 2023.