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 berikut :

Nama : …………………………

NIDN : …………………………

yang melaksanakan studi pada :

PT Penyelenggara : …………………………

Program Studi : …………………………

Sumber Pendanaan : …………………………

1. Tidak dapat menyelesaikan studi (Gagal Studi) dengan alasan :

................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………

1. Dosen yang bersangkutan telah aktif kembali dan melaksanakan tugas di Perguruan Tinggi Terhitung Mulai Tanggal (TMT) ..........
2. Apabila di kemudian hari, pernyataan ini tidak sesuai dengan kondisi yang sebenarnya, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan peraturan 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.*