# **SURAT KETERANGAN AKTIF KULIAH**

**No.** 1000/C.2-VIII/FARM-UMY/XI/2019 (Di Isi Oleh Prodi)

Yang bertanda tangan di bawah ini :

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | : Dr. apt. Hari Widada, M.Sc |
| NIP | : 1977 0721 201004 173120 |
| Jabatan | : Ketua Prodi Farmasi FKIK |
| Perguruan Tinggi  | : Universitas Muhammadiyah Yogyakarta |

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa :

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | :  |
| Nomor Mahasiswa  | :  |
| Fakultas / Program Studi | : FKIK/ Farmasi |
| Tahun Akademik | : 2019/2020 |

Dan bahwa orang tua anak tersebut adalah :

|  |  |
| --- | --- |
| Nama Orang Tua  | :  |
| NIP/NRP | :  |
| Pangkat, Golongan / Ruang | :  |
| Instansi  | :  |

Adalah benar-benar mahasiswa Prodi Farmasi Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Surat Keterangan ini diberikan kepada yang bersangkutan untuk keperluan **Tunjangan Gaji.**

Demikian Surat Keterangan ini di buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari ternyata tidak benar, yang mengakibatkan kerugian terhadap Negara Republik Indonesia, maka saya bersedia menanggung kerugian tersebut.

Mengetahui, Yogyakarta, 20 November 2019

Dekan FKIK UMY Kaprodi Farmasi FKIK UMY,

Dr. dr. Sri Sundari, M.Kes Dr. apt. Hari Widada, M.Sc