

SURAT PERNYATAAN
HASIL PEMERIKSAAN KESEHATAN
PROGRAM MAGISTER, DOKTOR, DAN PROFESI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nomor peserta :
Nama :
Program Studi :
Fakultas/ Sekolah :
Alamat email :
Telp/ HP :

menyatakan bahwa hasil pemeriksaan kesehatan yang saya unggah sebagai kelengkapan syarat verifikasi calon mahasiswa baru Tahun Akademik 2025/2026 adalah benar adanya.

Apabila di kemudian hari ditemukan ternyata hasil pemeriksaan kesehatan tersebut terbukti tidak sesuai dengan kondisi sebenarnya atau tidak sesuai dengan ketentuan yang disyaratkan, sehingga dokumen tersebut tidak dapat dipertanggungjawabkan keabsahannya, maka saya bersedia menerima segala konsekuensi yang akan timbul termasuk kehilangan status sebagai mahasiswa Universitas Diponegoro.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan dari pihak mana pun.

-----, -----

materai + ttd
