

**SURAT PERNYATAAN
PEMERIKSAAN HASIL KESEHATAN
PROGRAM SARJANA DAN SARJANA TERAPAN (VOKASI)**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

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

menyatakan bahwa hasil pemeriksaan kesehatan yang saya kirimkan sebagai kelengkapan syarat verifikasi calon mahasiswa baru Tahun Akademik 2024/2025 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
