KOP SURAT

SURAT PERNYATAAN TANGGUNG JAWAB MUTLAK

Yang bertanda tangan di bawah ini :

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

NIP / NIK : ...................................................................................................

Jabatan : ...................................................................................................

PTS : ....................................................................................................

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa :

1. Dosen yang terdapat dalam lampiran surat ini adalah dosen tetap di perguruan tinggi kami penerima tunjangan profesi dosen atau Guru Besar/Profesor penerima tunjangan kehormatan;
2. Dosen penerima tunjangan profesi / tunjangan kehormatan yang tersebut pada ad. 1, mulai bulan Januari s.d. Maret 2017 masih memenuhi persyaratan sesuai dengan yang tercantum dalam Peraturan Pemerintah Nomor 37 Tahun 2009 tentang Dosen pasal 8 dan 10;
3. Dosen tersebut tidak sedang melaksanakan tugas belajar dan/atau studi lanjut dengan biaya pemerintah;
4. Apabila pernyataan ini tidak benar / terdapat kelebihan atas pembayaran tunjangan profesi / tunjangan kehormatan tersebut kami bersedia untuk menyetorkan kelebihan tersebut ke kas negara / menanggung kerugian negara.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

 ..................... , ..........................................

 Yang membuat pernyataan,

Materai

6000

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

Lampiran 1 Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak

DAFTAR NAMA DOSEN YANG **DIUSULKAN** MENERIMA TUNJANGAN

Periode Bulan : .............. s.d. ..................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | No. Serdik | Nama | Pangkat/Gol. | Jabatan Akademik | PNS / Non PNS | Keterangan |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 ..................... , ..........................................

 Yang membuat pernyataan,

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

Lampiran 2 Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak

DAFTAR NAMA DOSEN YANG **TIDAK DIUSULKAN** MENERIMA TUNJANGAN

Periode Bulan : .............. s.d. ..................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | No. Serdik | Nama | Pangkat/Gol. | Jabatan Akademik | PNS / Non PNS | Keterangan |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 ..................... , ..........................................

 Yang membuat pernyataan,

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