

Pernyataan Persetujuan Pemeriksaan Kesehatan (*Informed Consent*)

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Jenis Kelamin :
No. Peserta :
NIK :
Tempat/ Tanggal Lahir :
Alamat :

Dengan ini menyatakan :

1. Setuju untuk diperiksa dan diketahui hasilnya baik fisik maupun laboratorium (termasuk pemeriksaan Narkoba dan HIV/ AIDS) serta kesehatan jiwa saya oleh Tim Pemeriksa Kesehatan Calon Paskibraka dalam rangka seleksi kesehatan Calon Paskibraka.
2. Setuju bahwa hasil pemeriksaan kesehatan termasuk kesimpulannya akan dilaporkan secara berjenjang oleh Tim Pemeriksa Kesehatan Calon Paskibraka mulai dari tingkat kabupaten/ kota, provinsi hingga tingkat pusat sebagai pertimbangan dalam menetapkan saya sebagai Calon Paskibraka.
3. Setuju bahwa berkas lengkap resume medik hasil pemeriksaan kesehatan saya menjadi milik BPIP dan disimpan oleh Panitia Seleksi Kesehatan.
4. Setuju bahwa hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Tim Pemeriksaan Kesehatan Calon Paskibraka ini bersifat final dan mengikat dan hasil pemeriksaan ini tidak dapat dipertentangkan dengan pemeriksaan lain di luar yang dilakukan oleh Tim Pemeriksa Kesehatan Calon Paskibraka.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya dalam keadaan sadar tanpa paksaan dari pihak manapun.

.....-.....- 2025
Yang menyatakan,

Materai 10.000

(.....)
Nama Lengkap Siswa(i)