**SURAT PERNYATAAN PERSTUJUAN ORANG TUA/WALI MAHASISWA**

**TENTANG RESPONSI PRAKTIKUM PSG OFFLINE/TATAP MUKA**

Yang bertanda tangan dibawah ini saya :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama | : | ……………………………………………………………………… |
| Alamat | : | ……………………………………………………………………… |
| No.Telp/Hp | : | ……………………………………………………………………… |

Bahwa selaku orang tua/wali dari mahasiswa :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama | : | ……………………………………………………………………… |
| NIM | : | ……………………………………………………………………… |
| Kelas | : | ……………………………………………………………………… |
| Semester/Prodi | : | ……………………………………………………………………… |
| Alamat | : | ……………………………………………………………………… |

**Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa;**

1. Mengizinkan mahasiswa/mahasiswi diatas untuk mengikuti Responsi Offline/Tatap Muka pada Praktikum Mata Kuliah Penilaian Status Gizi (PSG) yang akan dilaksanakan tanggal 11 Januari 2021 (Sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan) di Laboratorium Fakultas Kesehatan Masyarakat, Kampus 3 UAD, Jalan Prof. Dr. Soepomo, S.H., Warungboto, Umbulharjo, Kota Yogyakarta.
2. Bersedia mengingatkan dan memotivasi mahasiswa/mahasiswi tersebut diatas untuk selalu mematuhi protokol Covid-19.
3. Tidak keberatan menerima sanksi apabila mahasiwa tersebut tidak mengikuti standart protokol kesehatan Covid-19 yang telah ditetapkan oleh kampus Universitas Ahmad Dahlan.

Demikian surat ini dibuat dengan sebenar-benarnya, penuh tanggungjawab, tanpa paksaan dari pihak manapun dan dapat digunakan sebagaimana mestinya.

(Kota), (Tanggal)-(Bulan)-2022

Orang Tua/Wali Mahasiswa

Tanda tangan

dan materai Rp 10.000

(NAMA LENGKAP)