

PENGAKUAN PEMOHON (*Potong yang tidak berkaitan)

- a. Saya *telah/ belum mengisytiharkan harta **dalam tempoh lima (5) tahun terkini**;
- b. Saya *pernah/ tidak pernah memohon Cuti Belajar Separuh Gaji / Cuti Belajar Tanpa Gaji Tanpa Hadiah Latihan Persekutuan;
Jika pernah, nyatakan tahun Permohonan: _____
- c. Saya dengan ini mengaku bahawa saya bebas daripada penyakit yang menjejaskan keupayaan menjalani program latihan (*unsuitable to pursue training*) dari segi fizikal dan mental seperti di Lampiran A;
- d. Saya mengaku bahawa saya telah baca dan faham mengenai Dasar Pelaksanaan Tindakan Penalti kepada Pemegang Biasiswa dalam perkhidmatan yang gagal menamatkan pengajian dengan jayanya seperti di Lampiran D; dan
- e. Saya mengaku bahawa semua keterangan di atas adalah benar dan permohonan ini adalah lengkap. Sekiranya kenyataan yang diberikan tidak benar atau permohonan ini tidak lengkap, saya bersetuju bahawa pihak Kementerian berhak membatalkan permohonan Cuti Belajar ini serta-merta tanpa memaklumkan kepada saya terlebih dahulu.

Tandatangan:

Nama Pemohon:

Jawatan:

Tarikh:

**PERMOHONAN KURSUS DALAM PERKHIDMATAN
BAGI PEGAWAI KUMPULAN PELAKSANA KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

1. NAMA PEGAWAI											
2. NO. KAD PENGENALAN											
3. KURSUS DIPOHON											
4. TEMPAT KURSUS											
5. TEMPOH KURSUS											
6. PENGESAHAN SUMBER MANUSIA (SM)											
A. TATATERTIB		B. REKOD CSG/ CTG									
<input type="checkbox"/> ADA <input type="checkbox"/> TIADA JIKA ADA, NYATAKAN: i. ii.		<input type="checkbox"/> ADA <input type="checkbox"/> TIADA JIKA ADA, NYATAKAN: i. ii. iii.									
		C. MARKAH LNPT									
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>TAHUN</th> <th>MARKAH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2019</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		TAHUN	MARKAH	2019		2020		2021	
TAHUN	MARKAH										
2019											
2020											
2021											
		PENGESAHAN SM									
		Tandatangan: Nama: Jawatan: Cop Rasmi: Tarikh:									
7. SOKONGAN PEGAWAI PENILAI PERTAMA		8. SOKONGAN KETUA JABATAN									
Saya dengan ini *menyokong/ tidak menyokong permohonan pegawai yang tersebut di atas untuk mengikuti kursus dalam perkhidmatan secara sepenuh masa bagi sesi akademik 2022/ 2023. Tandatangan: Nama: Jawatan: Cop Rasmi: Tarikh:		Saya dengan ini *menyokong/ tidak menyokong permohonan pegawai yang tersebut di atas untuk mengikuti kursus dalam perkhidmatan secara sepenuh masa bagi sesi akademik 2022/ 2023. Tandatangan: Nama: Jawatan: Cop Rasmi: Tarikh:									
9. PERAKUAN PENGARAH KESIHATAN NEGERI											
Saya dengan ini *memperaku/ tidak memperaku permohonan pegawai yang tersebut di atas untuk mengikuti kursus dalam perkhidmatan secara sepenuh masa bagi sesi akademik 2022/ 2023. Tandatangan: Nama: Jawatan: Cop Rasmi: Tarikh:											

(*Potong yang tidak berkaitan)