



**Lampiran**

( Form ini dikirim hanya jika institusi bersedia menjadi calon Tempat Uji Kompetensi)

**Form Kesiadaan Institusi menjadi calon Tempat Uji Kompetensi (TUK) Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia 25 Februari 2017**

**Data Penanggung Jawab Calon Tempat Uji Kompetensi**

Asal Institusi : .....

Nama : .....

Jabatan : .....

Nomor telepon/HP : .....

E-mail : .....

**Data Ketersediaan Ruangan Calon Tempat Uji Kompetensi**

1. Kapasitas peserta ujian yang bisa ditampung dengan jarak 1 m antara satu kursi dengan kursi lainnya : \_\_\_\_\_ orang
2. Jumlah ruangan dengan luas 50 m<sup>2</sup> : \_\_\_\_\_ ruangan
3. Ruangan yang dapat digunakan untuk ujian terletak dalam satu gedung : Ya Tidak
4. Bentuk ruangan : Theater Tidak Theater
5. Ruangan yang akan digunakan ujian memiliki dinding : Ya Tidak
6. Pencahayaan : Baik Kurang
7. Saran prasarana
  - Toilet
  - Jam Dinding
  - Pengeras suara
  - Musholah
  - Bel
8. Keterangan tambahan (jika ada) :  
.....