**SURAT PERNYATAAN MAHASISWA**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :   
NPM :   
Program Studi :

Semester/Kelas :

Praktikum yang diikuti :

Nomor HP/WA :

Berdasarkan ketentuan persyaratan untuk mengikuti kegiatan praktikum di Laboratorium Farmasi Terpadu Universitas Muslim Nusantara Al Washliyah dengan ini menyatakan bahwa saya berbadan sehat dan akan mengikuti protokol kesehatan dan inisiasi mandiri (memiliki kesadaran akan kesehatan secara mandiri).

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan sebenarnya untuk digunakan sebagaimana mestinya

……., …………………

Mahasiswa

Nama Lengkap