**KETERANGAN**

**SUMBER BIAYA PENDIDIKAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama lengkap :

NIP/NIY \*) :

NIDN :

Pangkat/Golongan :

Instansi tempat bekerja : Akademi Keperawatan Teungku Fakinah Banda Aceh

menyatakan bahwa seandainya saya diterima menjadi mahasiswa Program ……. tahun akademik …./…. maka :

 1. Saya bersedia menanggung seluruh biaya pendidikan selama belajar di PPs ……...

2. Sponsor akan menanggung seluruh biaya pendidikan selama belajar di PPs ………. (diketahui dan di setujui oleh pemberi sponsor)

3. Saya mengharapkan memperoleh beasiswa dari Beasiswa Unggulan Dosen Indonesia Dalam Negeri (BUDIDN) Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi. (diketahui dan disetujui oleh pimpinan tertinggi lembaga)

√

 Banda Aceh, Tgl/bln/tahun

Mengetahui/Menyetujui Pendaftar,

**Nur Asiah, SKM, M.Pd** **…………………..**

NIDN. 0130017601 NIDN.

Keterangan:

1. Beri tanda v pada kotak yang sesuai.
2. BUDIDN Ditjen Dikti hanya diperuntukkan bagi dosen Perguruan Tinggi di lingkungan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan (Dosen PNS DPK, dosen Tetap yayasan yang telah mempunyai NIDN)

\*) coret yang tidak perlu

**PERNYATAAN PENUGASAN**

**MENGIKUTI SELEKSI PROGRAM PASCASARJANA**

**UNTUK MEMPEROLEH DANA BUDI-DN DITJEN DIKTI**

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :

Kepala LLDikti : Wilayah XIII

Dengan persetujuan Direktur tempat yang bersangkutan bekerja, kami menugaskan :

Saudara :

PerguruanTinggi : Akademi Keperawatan Yayasan Teungku Fakinah Banda Aceh

NIDN/NIK/SK Yayasan :

Untuk mengikuti seleksi masuk program pendidikan pascasarjana pada:

PerguruanTinggi :

Program Studi :

Program :

|  |  |
| --- | --- |
|  Menyetujui, Direktur,**Nur Asiah, SKM.,M.Pd****NIDN. 0130017601** |  Banda Aceh, 3 Januari 2016 LLDikti Wilayah XIII Koordinator,**……………………………****NIP.** |
|  |  |