

**SURAT KETERANGAN DISABILITAS  
DAN KEMAMPUAN FUNGSIONAL PENYANDANG DISABILITAS  
PEMERIKSAAN DOKTER PEMERINTAH**

Yang bertandatangan dibawah ini menerangkan bahwa :

Nama : ..... L / P

Umur/Tgl Lahir : .....

Alamat KTP : .....

.....

Setelah dilakukan pemeriksaan kesehatan dan kemampuan fungsional oleh Dokter Pemerintah bahwa yang bersangkutan benar-benar sebagai penyandang disabilitas (cacat fisik) :

1. Tuna Rungu (gangguan pendengaran sedang  $\leq 56-70$  dB)
2. Tuna Grahita (gangguan ringan dengan IQ  $\geq 51-70$ )
3. Tuna Daksa (gangguan gerak yang disebabkan oleh kelainan neuro-muskular dan struktur tulang yang bersifat bawaan, sakit atau akibat kecelakaan, termasuk amputasi)
4. Tuna Laras (mengalami hambatan dalam mengendalikan emosi dan kontrol sosial)
5. Kesulitan Belajar (memiliki IQ rata-rata atau diatas rata-rata, mengalami gangguan motorik persepsi-motorik, gangguan koordinasi gerak, gangguan orientasi arah dan ruang dan keterlambatan perkembangan konsep)

Dan membutuhkan alat bantu berupa :

1. Kursi Roda
2. Alat Bantu dengar
3. Terapi .....
4. ....

Berdasar hasil dari pemeriksaan Saya bahwasanya yang bersangkutan masih **dapat ditingkatkan** melalui terapi dengan alat bantu, bahasa isyarat dan treatment khusus lainnya **dapat melaksanakan tugas kedinasan** apabila diterima sebagai CPNS Pemerintah Kabupaten Tulungagung pada formasi Jabatan .....

....., September 2018

Dokter ,.....

( )