



**KEMENTERIAN AGAMA REPUBLIK INDONESIA  
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI MAULANA MALIK IBRAHIM MALANG  
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN**

Jl. Locari, Tlekung, Kota Batu, Telepon (0341) 5057739  
Website: <http://fkik.uin-malang.ac.id>. E-mail: [fkik@uin-malang.ac.id](mailto:fkik@uin-malang.ac.id)

---

Lampiran :  
Nomor : 444/FKIK/KP.01.4/4/2020  
Tanggal : 8 April 2020

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini, calon mahasiswa baru Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, UIN Maulana Malik Ibrahim Malang :

Nama :  
Tempat, tanggal lahir :  
Alamat :  
Program Studi :  
No Ujian/ Peserta :

Dengan ini menyatakan bahwa apabila setelah dilakukan tes kesehatan dan dinyatakan tidak lulus, maka saya bersedia untuk pindah Program Studi lain di lingkungan UIN Maulana Malik Ibrahim Malang.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya.

..... 2020  
Yang membuat pernyataan,

Materai 6000

(Nama)