

Nomor :  
Lampiran :  
Hal : Permohonan Perpanjangan Waktu Studi

Yth : Rektor  
Universitas Sebelas Maret  
Surakarta

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : \_\_\_\_\_  
NIM : \_\_\_\_\_  
Fakultas : Kedokteran Universitas Sebelas Maret  
Alamat : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Berhubung masa studi saya telah berakhir pada tanggal \_\_\_\_\_ dan belum dapat menyelesaikan program studi saya, dengan hormat saya mohon ijin perpanjangan masa studi pada semester \_\_\_\_\_, selama \_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) bulan, mulai \_\_\_\_\_ s.d. \_\_\_\_\_

Sebagai bahan pertimbangan saya lampirkan :

- I. Data akademik, berupa :
  1. Keterangan lulus teori dan capaian jumlah SKS kelulusan
  2. Fotocopy Nilai KKN
  3. Fotocopy data penyusunan dan konsultasi Skripsi/ Tugas Akhir
  4. \_\_\_\_\_
  5. \_\_\_\_\_
  
- II. Persyaratan Administrasi :
  1. Fotocopy kuitansi pembayaran SPP yang terakhir
  2. Fotocopy Surat ijin selang
  3. Fotocopy Surat ijin perpanjangan studi yang pertama
  4. Surat pernyataan bermeterai

Demikian permohonan saya, atas kebijaksanaan Rektor, saya ucapkan terima kasih.

Surakarta,  
.....  
Yang membuat pernyataan

\_\_\_\_\_  
NIM.

Mengetahui,  
Pembimbing Akademis

\_\_\_\_\_  
NIP.