

**Formulir Pendaftaran Penerimaan Mahasiswa Baru
PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS-1
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
TAHUN : ____/____**

Nama	:	_____
Nomor Pendaftaran	:	_____
Peserta		
Program Studi	:	_____
Spesialis		
Tahun Akademik	:	_____



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS SUMATERA UTARA
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI**



UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

Penerimaan Mahasiswa Baru PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

TATACARA PENDAFTARAN

Bacalah informasi di bawah ini sebelum anda mengisi formulir.

1. Formulir pendaftaran harus diisi dengan benar dan lengkap.
2. Isilah formulir ini dan lengkapilah dengan lampiran-lampiran berikut :
 - a. Daftar Riwayat Hidup termasuk Riwayat Pendidikan dan Riwayat Pekerjaan.
 - b. 2 (dua) lembar salinan/fotokopi ijazah pendidikan Sarjana Kedokteran Gigi dan Dokter Gigi, yang telah disahkan oleh pejabat berwenang dan telah lulus uji kompetensi dan memiliki STR (bagi calon yang berasal dari PTS yang belum terakreditasi harus ada stempel Kopertis). Ijazah Asli diperlihatkan setelah diterima.
 - c. 2 (dua) lembar transkrip akademik S1 dan Profesi dokter gigi yang telah dilegalisir.
 - d. Surat Keterangan hasil pemeriksaan Panitia Penilaian Ijazah Luar Negeri Kemendiknas (khusus tamatan luar negeri).
 - e. Fotokopi karya ilmiah yang pernah dihasilkan (bila ada).
 - f. Surat Keterangan Catatan Kepolisian (SKCK).
 - g. 2 (dua) lembar Surat Keterangan Sehat dari dokter pemerintah (1 asli & 1 copy)
 - h. Surat izin dan bebas tugas dari atasan yang berwenang (bagi pelamar yang berasal dari instansi).
 - i. Surat jaminan pembiayaan pendidikan (bagi pelamar yang tugas belajar).
 - j. Surat pernyataan kesediaan membayar SPP (bermaterai Rp6.000,-).
 - k. 2 (dua) lembar Pas Foto berwarna ukuran 4 x 6 cm.
 - l. Surat Rekomendasi dari atasan dan salah satu staf pengajar bidang yang diminati pada saat pendidikan S1 Profesi (formulir isian terlampir dalam form pendaftaran/Form rekomendasi).
 - m. Menyerahkan Surat Permohonan diatas kertas segel Rp. 6.000,-
 - n. Surat Tanda Registrasi Dokter Gigi yang masih aktif sekurang-kurangnya 6 bulan dari waktu pendaftaran.
 - o. Surat Keterangan Penundaan PTT dari DINKES Propinsi bagi calon peserta yang belum menjalani PTT.
 - p. Surat izin suami/istri bagi yang sudah berkeluarga (ditanda tangani diatas materai).
 - q. Bukti transfer pembayaran ujian TOEFL, Psikotest dan test kepeminatan program studi.



UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

Penerimaan Mahasiswa Baru PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

3. Formulir yang telah diisi dan dilengkapi harus dikembalikan sendiri ke Fakultas Kedokteran Gigi USU, Jl. Alumni No.2 Kampus USU Medan, sesuai jadwal.
4. Melunasi biaya pendaftaran dan seleksi sebesar Rp 2.000.000,- (dua juta rupiah) yang diserahkan tunai pada saat pengembalian Formulir Pendaftaran ini dengan rincian sebagai berikut :

KEGIATAN	BIAYA		KETERANGAN	
	ORTODONSIA	PROSTODODONSIA	KONSERVASI GIGI	PERIODONSIA
Psiko Test	Rp. 650.000,-.			
TOEFL Test	Rp. 200.000,-.			
a. Ujian Tulis	Rp. 200.000	Rp. 200.000	Rp. 200.000	Rp. 200.000
b. OSCE	Rp. 700.000	Rp. 600.000	Rp. 600.000	Rp. 600.000
c. Wawancara	Rp. 300.000	Rp. 200.000	Rp. 200.000	Rp. 200.000

5. Biaya yang telah diserahkan tidak dapat diminta kembali dengan alasan apapun.

Catatan:

Berkas yang tidak lengkap tidak diproses. Tidak dilakukan surat menyurat.



UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

Penerimaan Mahasiswa Baru PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

FORM PPDGS-1

KELENGKAPAN BERKAS PENDAFTARAN CALON MAHASISWA PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS-1 UNIVERSITAS SUMATERA UTARA TAHUN AKADEMIK ____/____

Nama lengkap dengan gelar : _____
Alamat surat menyurat : _____
NIP/NRP/NIK (bila ada) : _____
Karpeg (bila ada) : _____
Bidang spesialis yang diminati : _____

KELENGKAPAN BERKAS PENCALONAN (diisi oleh petugas)

Berkas-berkas	Ada	Tidak
a. Fotokopi ijazah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Fotokopi transkrip	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Fotokopi karya ilmiah <small>(bila ada)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Surat keterangan sehat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Surat ijin belajar dari instansi <small>(bagi pelamar yang bekerja)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Surat jaminan pembiayaan pendidikan <small>(bagi pelamar yang tugas belajar)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Surat kesanggupan membayar SP3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Pasfoto 4x6cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Surat Tanda Registrasi yang aktif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Bukti Transfer Pembayaran Ujian	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

Penerimaan Mahasiswa Baru
PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

FORM PPDGS-2

FORMULIR PERMOHONAN MENGIKUTI PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS UNIVERSITAS SUMATERA UTARA TAHUN AKADEMIK ____/____

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : _____

Tempat/tanggal lahir : _____

Alamat : _____

Pekerjaan : _____

NIP/NRP/NIK : _____

mengajukan permohonan untuk mengikuti Pendidikan Dokter Gigi Spesialis di Fakultas
Kedokteran Gigi Universitas Sumatera Utara tahun akademik ____/____

Program studi : _____

(nama & tanda tangan)

PERNYATAAN ATASAN YANG BERWENANG

(bagi calon yang sudah bekerja)

Permohonan Saudara _____ kami setujui. Bila permohonan ini
diterima, maka yang bersangkutan kami tugaskan untuk mengikuti pendidikan
sepenuhnya, serta dibebaskan dari tugas-tugas rutin pada Institusi _____

(nama & tanda tangan)



UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

Penerimaan Mahasiswa Baru
PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

FORM PPDGS-3

RIWAYAT HIDUP

pas foto
4 x 6 cm

I. DATA PRIBADI

1. Nama lengkap dengan gelar : _____
2. Tempat, tanggal lahir : _____
3. Jenis kelamin : _____
4. Agama/Kepercayaan : _____
5. Status perkawinan : _____
6. Alamat korespondensi
 - a. Jalan/kode pos : _____
 - b. Telpon/fax/hp/e-mail : _____
 - c. Kelurahan/desa : _____
 - d. Kecamatan : _____
 - e. Kabupaten/kota : _____
 - f. Provinsi : _____
7. Pekerjaan/jabatan : _____
8. Instansi : _____
9. NIP/NIK (jika ada) : _____
10. Karpeg (jika ada) : _____
11. Pangkat dan golongan ruang : _____
12. Alamat Instansi
 - a. Jalan, kota, provinsi : _____

 - b. Telepon/fax : _____
 - c. E-mail : _____

* Pasfoto sebanyak 3 lembar (4x6 cm) yaitu 1 buah ditempelkan dan 2 buah dilampirkan



UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

Penerimaan Mahasiswa Baru PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

II. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. Pendidikan di dalam atau di luar negeri

NO.	JENJANG PENDIDIKAN	NAMA INSTITUSI	BIDANG STUDI	TAHUN MASUK DAN TAHUN LULUS
1	SD			
2	SLTP			
3	SLTA			
4	Perguruan tinggi			
	a. Sarjana			
	b. Dokter			
	c. S2/SP			
5	Lain-lain			

2. Kursus/pelatihan di dalam dan di luar negeri yang relevan (jika ada)

NO.	NAMA KURSUS/ PELATIHAN	LAMA (BLN/TAHUN)	SERTIFIKAT/ SURAT KET./ TAHUN	TEMPAT	KETERANGAN
1					
2					
3					
4					
5					



UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

Penerimaan Mahasiswa Baru PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

III. KEGIATAN ILMIAH

Simposium/seminar/pertemuan ilmiah lain, lampirkan fotokopi sertifikat (jika ada)

NO.	NAMA	PERAN	BLN/TAHUN PENYELENGGA- RAAN	INSTANSI PENYELENGGARA	TEMPAT

IV. PENGUASAAN BAHASA ASING*)

BAHASA	MEMBACA			MENULIS			BERBICARA			KETERANGAN
	K	S	B	K	S	B	K	S	B	
1. Inggris										K = Kurang S = Sedang B = Baik Jika ada sertifikat, harap dilampirkan
2. Jepang										
3. Jerman										
4. Perancis										
5. Belanda										
6. Lainnya: _____										

*) Beri tanda (√) pada kolom yang sesuai

V. PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Publikasi karya ilmiah yang terpenting. Sebutkan judul, nama majalah dan tahun penulisan, jika sudah diterbitkan (bila ada)



UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

Penerimaan Mahasiswa Baru PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

VI. LAIN- LAIN

1. Pernahkah Saudara melamar pada Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis sebelum ini?

Pernah, pada tahun _____
di Universitas _____

Belum

2. Rencana pembiayaan pendidikan (beri tanda pada kotak yang sesuai)

Instansi asal calon peserta

Biaya sendiri

Lain-lain: _____

Keterangan ini dibuat dengan Sebenarnya.

Diketahui/Disetujui oleh:
Pimpinan Perguruan Tinggi/Pimpinan
Instansi

Calon Peserta
Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis

(nama & tanda tangan)

(nama & tanda tangan)



UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

Penerimaan Mahasiswa Baru PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

FORM PPDGS-4

MOTIVASI MENGIKUTI PROGRAM

Kemukakan se jelas dan se jujur mungkin alasan - alasan Saudara untuk mengikuti Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis (PPDGS) - 1 Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Sumatera Utara.

Hal-hal apakah yang telah Saudara lakukan sebagai persiapan untuk mengikuti pendidikan termaksud ?

Adakah hal-hal lain yang dapat mendukung permohonan Saudara untuk diterima dalam program studi yang Saudara inginkan ?

Apakah rencana Saudara setelah menyelesaikan pendidikan dalam Program Studi termaksud ?

Sebutkan majalah, buku, bahan literatur lain, yang berkaitan dengan program studi yang akan Saudara tempuh, yang telah Saudara baca/pelajari selama dua tahun terakhir ini.*)

Adakah hal-hal yang mungkin dapat mengganggu proses belajar Saudara (cacat badaniah, penyakit, masalah, pribadi, dan lain-lain) yang memerlukan perhatian/pengaturan khusus?



UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

Penerimaan Mahasiswa Baru PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

*) Jika ruangan tidak cukup harap diisi pada lembaran tersendiri sebagai lampiran

FORM PPDGS-5

REFERENSI

Sebutkan nama dua orang, bukan keluarga dekat Saudara, yang dapat memberikan rekomendasi untuk mendukung lamaran Saudara. Jika mungkin adalah mantan dosen/pengajar/pembimbing/atasan Saudara. Untuk rekomendasi hendaknya dipergunakan formulir yang terdapat di bagian belakang formulir ini.

Nama Lengkap :
Pekerjaan/Jabatan :
Alamat lengkap :
No. Telepon :
Hubungan dengan Saudara *) : mantan Dosen/Pengajar/Pembimbing
 Lain-lain, sebutkan

Nama Lengkap :
Pekerjaan/Jabatan :
Alamat lengkap :
No. Telepon :
Hubungan dengan Saudara : mantan Dosen/Pengajar/Pembimbing



UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

Penerimaan Mahasiswa Baru PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

***)RAHASIA

REKOMENDASI UNTUK CALON PESERTA
PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

1. Nama Calon :
2. Telah berapa lama Saudara mengenal calon dan dalam hubungan apa ?
3. Menurut Saudara, unsur-unsur apa yang merupakan kemampuan/kekuatan utama calon ?
4. Menurut Saudara, apa yang merupakan kelemahan utama calon ?
5. Menurut Saudara, hingga berapa jauh calon telah memikirkan/merencanakan/mempersiapkan diri untuk mengikuti Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis?
6. Mohon diberikan contoh/situasi/kejadian dimana calon menunjukkan tingkat insiatif, motivasi, kematangan berfikir atau ciri-ciri lain yang berkaitan dengan kemampuan untuk mengikuti program.
7. Menurut Saudara, adakah hal-hal yang mungkin dapat mengganggu usaha belajar calon dalam rangka penyelesaian Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis? Jika ada mohon dijelaskan.



UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

Penerimaan Mahasiswa Baru PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

***)RAHASIA

Bagaimanakah Saudara Menilai :	Kemampuan intelektual calon	Ketekunan belajar/ bekerja calon	Kemampuan calon mengatur penggunaan waktu
Luar biasa baik			
Baik sekali			
Baik			
Rata-rata			
Kurang baik			

Pemberi rekomendasi

Nama : _____

Jabatan : _____

Alamat : _____

Telepon : _____

Tanggal : _____

Tanda tangan : _____



UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

Penerimaan Mahasiswa Baru
PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

Dimohon agar rekomendasi ini dikirimkan langsung dalam sampul tertutup

KEPADA :

**DEKAN FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS SUMATERA UTARA
JALAN ALUMNI NO 2 KAMPUS USU**

Sudut kiri bawah sampul agar dibubuhi kata-kata :

**Rekomendasi Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis
FKG USU**

Keterangan :

****) Lembar RAHASIA dibuat Rangkap 2*



UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

Penerimaan Mahasiswa Baru PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

***)RAHASIA

REKOMENDASI UNTUK CALON PESERTA
PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

1. Nama Calon :
2. Telah berapa lama Saudara mengenal calon dan dalam hubungan apa ?
3. Menurut Saudara, unsur-unsur apa yang merupakan kemampuan/kekuatan utama calon ?
4. Menurut Saudara, apa yang merupakan kelemahan utama calon ?
5. Menurut Saudara, hingga berapa jauh calon telah memikirkan/merencanakan/mempersiapkan diri untuk mengikuti Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis ?
6. Mohon diberikan contoh/situasi/kejadian dimana calon menunjukkan tingkat insiatif, motivasi, kematangan berfikir atau ciri-ciri lain yang berkaitan dengan kemampuan untuk mengikuti program.
7. Menurut Saudara, adakah hal-hal yang mungkin dapat mengganggu usaha belajar calon dalam rangka penyelesaian Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis? Jika ada mohon dijelaskan.



UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

Penerimaan Mahasiswa Baru PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

***)RAHASIA

Bagaimanakah Saudara Menilai :	Kemampuan intelektual calon	Ketekunan belajar/ bekerja calon	Kemampuan calon mengatur penggunaan waktu
Luar biasa baik			
Baik sekali			
Baik			
Rata-rata			
Kurang baik			

Pemberi rekomendasi

Nama : _____

Jabatan : _____

Alamat : _____

Telepon : _____

Tanggal : _____

Tanda tangan : _____



UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

Penerimaan Mahasiswa Baru
PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

Dimohon agar rekomendasi ini dikirimkan langsung dalam sampul tertutup

KEPADA :

**DEKAN FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS SUMATERA UTARA
JALAN ALUMNI NO 2 KAMPUS USU**

Sudut kiri bawah sampul agar dibubuhi kata-kata :

**Rekomendasi Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis
FKG USU**

Keterangan :

****) Lembar RAHASIA dibuat Rangkap 2*



UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

Penerimaan Mahasiswa Baru PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

Unit Pelayanan Konsultasi dan Bimbingan PPDGS FKG USU

RAHASIA

KETERANGAN PRIBADI

Tanggal :Nomor:.....

I. KEADAAN DIRI

Nama Lengkap : _____

NIM : _____

Asal Fakultas : _____ Jurusan _____

Semester : _____

Jalur Masuk : Jalur Undangan Jalur Tulis/Ujian

Tempat dan tanggal lahir : _____

Alamat tempat tinggal : _____

_____ Telepon/HP: _____

Alamat orangtua/wali : _____

_____ Telepon/HP: _____

Pendidikan terakhir : _____

Tinggi Badan : _____ Cm Berat Badan _____ Kg

Pernah dirawat intensif karena sakit :

Tidak Ya dengan diagnose penyakit : _____

Status tempat tinggal saat ini : _____

Bersama orang tua Bersama wali Kos Asrama Lainnya : _____

Pernah melakukan kegiatan konsultasi semacam ini ?

Tidak Ya dimana : _____ ; kapan : _____ ;

untuk keperluan : _____

Keluhan yang dirasakan saat ini :

Dan menyatakan bersedia melakukan kegiatan konseling bersama Unit Pelayanan Konsultasi dan Bimbingan PPDGS FKG USU dengan sebaik-baiknya

(tanda tangan)



UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

Penerimaan Mahasiswa Baru PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

II. KEADAAN KELUARGA

Jelaskan keadaan keluarga termasuk anda sendiri

Nama	Hubungan dengan diri anda	L/P	Umur	Pendidikan	Pekerjaan
	Ayah / Wali				
	Ibu / Wali				
	Anak 1				
	Anak 2				
	Anak 3				
	Anak 4				
	Anak 5				

III. KEADAAN PENDIDIKAN

A. Formal

Sekolah	Nama Sekolah	Dari – Sampai tahun
TK		
SD		
SMP		
SMA		
Akademi / Universitas		

B. Non Formal

Jenis Kursus	Lamanya	Tahun Mengikuti Kursus
	(Hari/Bulan/Tahun)	
	(Hari/Bulan/Tahun)	
	(Hari/Bulan/Tahun)	
	(Hari/Bulan/Tahun)	