**SURAT PERNYATAAN PROTOKOL KESEHATAN**

***Health Protocol* *Statement Letter***

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

*I, the undersigned below*

Nama :

*Name*

Tempat dan Tanggal Lahir :

*Place and date of birth*

Passport No. :

*No. Passport*

Kewarganegaraan :

*Nationality*

Dengan ini menyatakan bersedia untuk masuk karantina dan/atau perawatan dengan biaya sendiri di fasilitas karantina atau fasilitas pelayanan Kesehatan yang ditetapkan pemerintah apabila pemeriksaan PCR oleh Kesehatan Indonesia di pintu masuk negara memberikan hasil positif (+) atau terdapat gejala klinis COVID-19, sesuai protokol Kesehatan dan ketentuan peraturan perundang – undangan di Indonesia.

*I hereby state that, I am willing to quarantine and / or get treatment by my own expense for the quarantine facility or health service facility designated by government, if the result of the PCR examination by Indonesian Healthy Center gives positive at the entrance of the country or there are clinical symptoms of COVID-19, based on the protocol and health statutory provisions in Indonesia.*

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

*I believe that the facts stated in the witness statement are true.*

Tempat & Tanggal

 *Place & Date*

Tanda Tangan Mahasiswa

 ***Student’s Signature***

Nama Mahasiswa

*Student’s Name*