

**Formulir Pendaftaran Penerimaan Mahasiswa Baru  
PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI  
SPESIALIS PROSTODONSIA  
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI  
TAHUN : 2022 / 2023**

Nama : \_\_\_\_\_

Nomor Pendaftaran : \_\_\_\_\_

Peserta

Program Studi : \_\_\_\_\_

Spesialis

Tahun Akademik : \_\_\_\_\_



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,  
RISET, DAN TEKNOLOGI**

**UNIVERSITAS SUMATERA UTARA  
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI**



# UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

## Penerimaan Mahasiswa Baru PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

### TATA CARA 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.
  - 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 Rp. 10.000,-).
  - k. File Pas Foto berwarna dikirimkan ke E-mail : [ppdgs@usu.ac.id](mailto:ppdgs@usu.ac.id)
  - l. Menyerahkan Surat Permohonan diatas kertas segel Rp. 10.000,-
  - m. Surat Tanda Registrasi Dokter Gigi yang masih aktif sekurang-kurangnya 6 bulan dari waktu pendaftaran.
  - n. Surat Keterangan Penundaan PTT dari DINKES Propinsi bagi calon peserta yang belum menjalani PTT.
  - o. Surat izin suami/istri bagi yang sudah berkeluarga disertai no Hp yang bisa dihubungi (ditanda tangani diatas materai).
  - p. 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).
3. Melunasi biaya pendaftaran dan seleksi sebesar Rp 2.950.000,- (dua juta sembilan ratus lima puluh ribu rupiah) yang diserahkan bukti pembayarannya pada saat pengembalian Formulir Pendaftaran ini dengan rincian sebagai berikut :



# UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

## Penerimaan Mahasiswa Baru PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

KEGIATAN	BIAYA	KETERANGAN
PSIKOTEST	Rp. 850.000,-.	Diselenggarakan oleh Fakultas Psikologi USU dan biaya ditransfer ke Bank BTN Nomor Rekening : 00003-01-30-000789-9 An. Kerjasama USU
Test Kepribadian MMPI-2	Rp 250.000,-.*	Diselenggarakan oleh RS USU dan biaya ditransfer ke Bank BRI Nomor Rekening : 005301003451300 A.n Dana Kelolaan RS USU *ditambah biaya administrasi di RS USU
TOEFL	Rp 500.000,-.	Link Form Pendaftaran TOEFL <a href="https://bit.ly/ITPPPDGS27MEI">https://bit.ly/ITPPPDGS27MEI</a>
Ujian Tulis, OSCE dan Wawancara	Rp. 1.350.000,-.	Diselenggarakan oleh Fakultas Kedokteran Gigi USU dan biaya ditransfer ke Bank BNI Nomor Rekening : 0140692273 An. Penerimaan Non Akademik USU
TOTAL	Rp. 2.950.000,-.	Dua juta sembilan ratus lima puluh ribu rupiah

### Catatan

- ✓ *Transfer harus dilakukan secara tunai*
- ✓ *Transfer jangan dilakukan melalui pemindah bukuan atau melalui Anjungan Tunai Mandiri (ATM)*
- ✓ *Transfer sesuai jumlah yang tertera diatas dipisah sesuai jumlah yang ada (jangan disatukan digabung)*

4. 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 izin 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 : \_\_\_\_\_

Materai  
Rp10.000,-

(nama & tanda tangan)

## PERNYATAAN ATASAN YANG BERWENANG

(bagi calon yang sudah bekerja)

Permohonan Saudara \_\_\_\_\_ kami setuju. 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

*pasfoto  
4x6 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 : \_\_\_\_\_



# UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

## Penerimaan Mahasiswa Baru PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

\* Pasfoto 4x6 cm yaitu 1 buah dan file pas photo dikirim ke Email : [ppdgs@usu.ac.id](mailto:ppdgs@usu.ac.id)

### 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<sup>(jika ada)</sup>

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 <sup>(bila ada)</sup>

---

---

---

---

---

---

---





# 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. Apakah **saat ini** Saudara juga melamar pada Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis lainnya?

☐ Ya, pada Program Spesialis \_\_\_\_\_  
di Universitas \_\_\_\_\_

☐ Tidak

3. 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

### SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN DAN KESANGGUPAN MEMBAYAR SUMBANGAN PENINGKATAN DAN PENGEMBANGAN PENDIDIKAN (SP3) PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : \_\_\_\_\_

Alamat : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dengan ini menyatakan bersedia dan sanggup membayar Sumbangan Pendidikan Pembangunan (SPP), Dana Kelengkapan Akademik (DKA), Biaya Tesis dan Biaya Praktikum Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Sumatera Utara, sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan, yaitu:

Sebesar : \_\_\_\_\_

Terbilang : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

yang akan dilunasi pada saat mendaftar ulang sebagai mahasiswa baru.

Demikian pernyataan kesediaan ini saya buat tanpa paksaan dari pihak manapun.

Medan, \_\_\_\_\_  
Pelamar

Materai  
Rp10.000,-

\_\_\_\_\_  
(nama & tanda tangan)



# UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

## Penerimaan Mahasiswa Baru PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

FORM PPDGS-5

### MOTIVASI MENGIKUTI PROGRAM

Kemukakan sejelas dan sejujur 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 diiterima 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?

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



# UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

## Penerimaan Mahasiswa Baru PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

### REFERENSI

FORM PPDGS-6

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 : atasan langsung

\*\*\*)RAHASIA



# UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

## Penerimaan Mahasiswa Baru PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

---

### 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 inisiatif, 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.

\*\*\*)RAHASIA



# UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

## Penerimaan Mahasiswa Baru PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

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 : \_\_\_\_\_

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

\*\*\*)RAHASIA



# UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

## Penerimaan Mahasiswa Baru PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

---

### 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 inisiatif, 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.

\*\*\*)RAHASIA



# UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

## Penerimaan Mahasiswa Baru PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

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 : \_\_\_\_\_

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