**SURAT PERNYATAAN DISABILITAS**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Lengkap | : |  |
| Alamat | : |  |
| Nomor HP | : |  |
| Jabatan yang dilamar | : |  |
| Unit kerja yang dilamar | : |  |

Dengan ini menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa saya adalah penyandang disabilitas, yaitu dengan jenis disabilitas ………………………

Bila di kemudian hari terbukti pernyataan saya ini tidak benar, saya bersedia bertanggung jawab secara hukum dan bersedia dinyatakan gugur dan tidak memenuhi syarat untuk dapat diangkat sebagai Aparatur Sipil Negara di lingkungan Pemerintah Kabupaten Bandung maupun bersedia diproses pemberhentian sebagai ASN sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Demikian surat ini dibuat dalam rangka melamar sebagai ASN di lingkungan Pemerintah Kota Tangerang tahun 2021.

…………………., ……………………

 Yang membuat pernyataan,

 Materai Rp 10.000,-

TTD

Nama Jelas

 (……………………………………………….)