

**FORMULIR SURVEILAN PEMEGANG SERTIFIKAT KOMPETENSI
BIDANG BANK PERKREDITAN RAKYAT (BPR)**

Bagian 1: Rincian Data Peserta, Pekerjaan, Pendidikan, dan Pelatihan

Pada bagian ini, cantumkan data pribadi, pendidikan formal serta pekerjaan Anda pada saat ini.

a. Data Pribadi

1. Nomor Uji Kompetensi	:	
2. Nama Lengkap	:	
3. Nomor KTP/SIM	:	
4. Tempat, Tanggal lahir	:	
5. Jenis Kelamin	:	Laki-laki / Wanita *)
6. Alamat	:	
	:	
7. Nomor Telp, HP	:	
8. Email	:	
9. Nomor Sertifikat Kompetensi	:	
Masa berlaku sd. tanggal	:	

b. Institusi (diisi dengan tempat bekerja saat ini)

1. Nomor Sandi BPR	:	
2. Nama BPR	:	
3. Alamat	:	
	:	
4. NomorTelp/faks	:	
5. Email	:	
6. Wilayah Kerja KR OJK	:	
7. Alamat korespondensi	:	Rumah / kantor *)

*) pilih salah satu

c. Pekerjaan (dimulai dari pekerjaan terakhir)

No	Nama Institusi	Jabatan	Tanggal
1			
2			
3			

d. Pendidikan Formal

Nama sekolah/lembaga	:	
Jurusan/program	:	
Strata	:	, Tahun lulus:

e. Pelatihan yang pernah Anda ikuti dan relevan dengan Unit-unit Kompetensi

No	Nama Pelatihan	Lembaga Pelatihan	Tanggal	Bersertifikat
1				<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
2				<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
3				<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

Bagian 2: Kualifikasi dan Unit Kompetensi

Pada bagian 2 ini, cantumkan (x) pada Kualifikasi yang dimiliki dan Unit Kompetensi yang kompeten

a. Kualifikasi Profesi :

LEVEL	OKUPASI JABATAN	
VI	Komisaris	<input type="checkbox"/>
	Direktur Tingkat 2	<input type="checkbox"/>
	Direktur Tingkat 1	<input type="checkbox"/>
V	Pejabat Eksekutif Kepatuhan & Pemantau Risiko	<input type="checkbox"/>
	Pejabat Eksekutif Audit Internal	<input type="checkbox"/>
	Pejabat Eksekutif Bisnis & Operasional	<input type="checkbox"/>
IV	Audit Internal	<input type="checkbox"/>
	Supervisor Kredit	<input type="checkbox"/>
	Supervisor Operasional	<input type="checkbox"/>
III	Pelaksana Kredit	<input type="checkbox"/>
	Pelaksana Akuntansi Dan Pelaporan (<i>Back Office</i>)	<input type="checkbox"/>
	Pelaksana Layanan (<i>Front Office</i>)	<input type="checkbox"/>

b. Tempat Uji Kompetensi (TUK), terakhir:

TUK:	Tanggal:
------	----------

Bagian 3: Verifikasi

Pemegang Sertifikat	LSP LKM CERTIF
Tanggal :	Tanggal :
Tempat :	Tempat :
Tanda tangan	Tanda tangan
Nama :	Nama :