



KOLEGIUM DOKTER INDONESIA

Jl. Dr. G.S.S.Y Ratulangie No. 29 Jakarta 10350
Telp. (021) 3140816, 3900277, 3150679 Faks. (021) 3140816
Email : kolegiumdokterindonesia@idionline.org

FORM DATA DIRI

UJI KOMPETENSI DOKTER ADAPTASI & RETAKER KDI – JULI 2024

(Mohon ditulis dengan huruf capital)

1. Nama :
2. Nomor KTP :
3. Tempat / Tanggal Lahir :
4. Jenis Kelamin : Laki-Laki/ Perempuan *coret yang tidak perlu
5. Agama :
6. Alamat Korespondensi :
RT/RW.....Kel/Desa.....
Kec.Kota/Kab.....
Propinsi
- Kode Pos..... Telepon:
8. Nomor HP :
9. E-mail :
10. Asal Universitas :
11. Tahun Masuk : Tahun Lulus:
12. IPK : Sarjana: Dokter :

....., 2024
Yang Membuat Pernyataan,

.....

PAS FOTO BERWARNA

Ukuran: 4 X 6 CM