**SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN ORANG TUA / WALI**

**TENTANG PEMBELAJARAN TATAP MUKA TERBATAS**

**DI UNIVERSITAS DINAMIKA BANGSA**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

**Nama orang**  : ...............................................................  
**Pekerjaan** : ...............................................................  
**Alamat** : ...............................................................

Bahwa selaku orang tua / wali \*) dari mahasiswa:

**Nama** : ...............................................................  
**NIM** : ...............................................................

**Semester** :...............................................................

**Fakultas**  : ...............................................................

**Program Studi** : ...............................................................  
  
  
  
Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa:

1. Mengijinkan mahasiswa yang tersebut di atas untuk mengikuti Proses Belajar Tatap Muka Terbatas di Universitas Dinamima Bangsa yang direncanakan mulai tanggal 4 Oktober 2021 dan **wajib** menerapkan Protokol Kesehatan dalam masa Adaptasi Kebiasaan Baru.
2. Bersedia mengingatkan dan memotivasi mahasiswa yang tersebut di atas untuk mentaati dan mematuhi Protokol Kesehatan dalam masa Adaptasi Kebiasaan Baru.
3. Tidak berkeberatan menerima sanksi jika tidak mengikuti Standar Protokol Kesehatan yang telah ditetapkan oleh kampus Universitas Dinamika Bangsa.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya dan dengan rasa tanggung jawab yang penuh.

Kota, Tanggal – Bulan – 2021

Orang tua / wali

Tanda tangan

dan materai

Nama Lengkap