|  |  |
| --- | --- |
|  | FBS-YHB/ / /  |

DiisiolehSekretariat

|  |  |
| --- | --- |
| **Y A Y A S A N** **HIDUP BAHAGIA** Jl. Kenanga No. 3, Badran, Surakarta, Jawa Tengah, Indonesia - 57102 PO Box 233 SoloTelp. (+62-271) 713448, Fax (+62-271) 711053E-mail : yhb2006@telkom.net  | DitempelkanPas Foto4 x 6 |
|  | **FORMULIR PERMOHONAN BEASISWA****SEMESTER ...................... TA 20...... /20......** |

**Data Pribadi**

Nama : .............................................................................................................

Tempat / Tgl. Lahir : .............................................................................................................

Alamat : .............................................................................................................

 RT/RW: ...... / ...... No. Telepon\*) : ......................................

 Kota: ............................................................... Kode Pos: ................

Alamat koresponden : .............................................................................................................

 RT/RW: ...... / ...... No. Telepon\*) : ......................................

 Kota: ............................................................... Kode Pos: ................

No. HP\*) : ...................................... ......................................................................

Alamat E-mail\*) : .............................................................................................................

**Data Orang Tua/Wali\*)**

Nama : .............................................................................................................

Hubungan dengan Wali\*): ........................................................................................................

Alamat : .............................................................................................................

 RT/RW: ...... / ...... No. Telepon\*) : ......................................

 Kota: ............................................................... Kode Pos: ................

Pekerjaan : .............................................................................................................

Penghasilan per Bulan: ............................................................................................................

**Data Akademik**

Nama Perguruan Tinggi: ..........................................................................................................

Fakultas/ Bidang Studi\*): ..........................................................................................................

Kota : .............................................................................................................

Semester : .......................... Tahun Akademik : ......................................

IPK semester terakhir : ..........................

Sehubungan dengan permohonan beasiswa ini, maka saya menyatakan bahwa saya:

1. 1. Mahasiswa dari keluarga kurang mampu
2. 2. Tidak sedang menerima beasiswa ataupun ikatan dinas dari pihak manapun saja
3. 3. Tidak terdaftar sebagai karyawan tetap di suatu perusahaan manapun saja
4. 4. Bila permohonan beasiswa ini disetujui, maka saya sanggup mempertahankan prestasi akademik sesuai persyaratan beasiswa
5. 5. Tidak menghentikan kegiatan pendidikan kecuali yang telah dijadwalkan oleh perguruan tinggi mitra atau karena suatu keadaan yang luar biasa, penerima beasiswa terpaksa mempergunakan hak cuti dari perguruan tinggi mitra dan harus memperoleh persetujuan resmi dari perguruan tinggi mitra.
6. 6. Mengisi Formulir Permohonan Beasiswa ini dengan sebenar-benarnya.

Untuk itu, saya lampirkan:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Surat Keterangan penghasilan Orang Tua/Wali yang telah dilegalisasi |
|  |  |  |
|  |  | Fotokopi Kartu Keluarga |
|  |  |  |
|  |  | Fotokopi rekening telepon, bila berlaku |
|  |  |  |
|  |  | Fotokopi rekening listrik |
|  |  |  |
|  |  | Transkrip nilai dan atau indeks prestasi kumulatif hingga semester terakhir |
|  |  |  |
|  |  | Fotokopi Kartu Mahasiswa |
|  |  |  |
|  |  | Pas Foto 4 x 6 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ......................., ............... 20....Pemohon,...........................................................NIM : ................................  |  | Mengetahui:Fakultas Farmasi Universitas Sanata DharmaPutu Dyana Christasani, M.Sc., Apt.Wakil Ketua Program Studi S1 Farmasi |

\*) Bila berlaku

Keterangan yang kurang lengkap dapat mengurangi nilai / menggugurkan permohonan

Formulir dapat diperbanyak/di foto-copy