**SURAT PERSETUJUAN ORANG TUA / WALI MAHASISWA**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : …………………………………………………………………….

No. KTP : …………………………………………………………………….

Tempat, Tanggal Lahir : …………………………………………………………………….

Nomor Telepon : …………………………………………………………………….

Alamat : …………………………………………………………………….

Selaku orang tua/wali dari,

Nama : …………………………………………………………………….

Tempat, Tanggal Lahir : …………………………………………………………………….

NIM : …………………………………………………………………….

Program : Internasional (PSHPS FH UII)

Alamat Di Yogyakarta : …………………………………………………………………….

Menerangkan bahwa saya:

1. **Memberikan izin kepada anak saya untuk mengikuti Pembelajaran Tatap Muka** secara terbatas dengan menerapkan protokol kesehatan sebagaimana ditetapkan pemerintah dan bersedia mengikuti jadwal pembelajaran yang sudah diatur oleh pihak fakultas.
2. Bersedia membimbing, mengarahkan, dan menasehati kepada anak saya untuk selalu menerapkan protokol kesehatan baik di kampus maupun di luar kampus.
3. Tidak keberatan menerima sanksi yang diberikan kepada anak saya jika tidak menerapkan protokol kesehatan serta peraturan yang berlaku di Universitas Islam Indonesia.
4. Bersedia menanggung segala konsekuensi yang terjadi tanpa melakukan tuntutan apapun.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari pihak manapun untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

……….. , ………………. 2021

Orang Tua/Wali,

……………………………………….

(Nama Lengkap Orang Tua/Wali)