

**SURAT PERNYATAAN TIDAK MENGUNDURKAN DIRI
CALON ASISTEN ATAU ASISTEN OMBUDSMAN REPUBLIK INDONESIA**

Saya yang bertandatangan di bawah ini,

Nama :
Nomor Induk Kependudukan :
Tempat, tanggal lahir :
Status Kepegawaian : Calon Asisten Ombudsman RI
Tempat Penugasan :

Dengan ini menyatakan tidak mengundurkan diri dari Calon Asisten atau Asisten Ombudsman RI dalam waktu kurang dari 3 (tiga) tahun terhitung sejak diangkat menjadi Calon Asisten.

Apabila dalam jangka waktu tersebut saya mengundurkan diri, saya bersedia membayar ganti kerugian sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku di Ombudsman Republik Indonesia.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan penuh kesadaran dan tanggungjawab.

Yang Membuat Pernyataan,

Materai Rp10.000
