KOP GUBERNUR/BUPATI/WALI KOTA

**SURAT REKOMENDASI**

 Nomor :

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Jabatan : GUBERNUR/BUPATI/WALI KOTA

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya, bahwa :

Nama :

NIP :

Pangkat/Gol. Ruang :

Jabatan :

Memenuhi syarat untuk mengikuti Seleksi Terbuka Calon Pejabat Pimpinan Tinggi Pratama Sekretaris Daerah Kabupaten Indramayu Tahun 2019 dan menyetujui yang bersangkutan untuk mengikuti seluruh kegiatan dimaksud.

................................, ................ 2019

Gubernur/Bupati/Wali Kota

.............................................