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 di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Indramayu Tahun 2020 dan menyetujui yang bersangkutan untuk mengikuti seluruh kegiatan dimaksud.

................................, ................ 2020

Gubernur/Bupati/Wali Kota

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