

**DATA CALON MAHASISWA BARU JALUR SNMPTN/ SBMPTN/ Mandiri\*  
TAHUN AKADEMIK 2021/2022  
(DIISI CALON MAHASISWA BARU)**

Yang bertanda tangan di bawah ini :  
 Nama : .....  
 No. pemeriksaan kesehatan CAMABA\* : .....  
 Tempat Tanggal Lahir : .....  
 Usia : .....tahun  
 Jenis Kelamin\* : (Laki-laki / Perempuan)  
 Alamat Asal : .....  
 Alamat di Malang : .....  
 No. Telepon Calon Mahasiswa : .....  
 No. Handphone Calon Mahasiswa : .....  
 Agama : .....  
 Kewarganegaraan\*\* : WNI/WNA .....  
 Nama Orang Tua/ Wali : .....  
 No. Telepon Orang Tua/ Wali : .....  
 No. Handphone Orang Tua/ Wali : .....  
 Alasan Masuk Fakultas Kedokteran<sup>1</sup> : 1. Kemauan Sendiri  
 2. Kemauan Ayah / Ibu  
 3. Kemauan Orang Lain, Sebutkan.....

Saya menyatakan bahwa seluruh Data yang saya tuliskan dalam seluruh berkas Formulir Kesehatan ini adalah benar dan memberikan ijin penggunaan data untuk kepentingan pendidikan/penelitian.

, ...../ ..... / 2021  
 Calon Mahasiswa Baru

(.....)

\* akan diberikan panitia melalui grup WhatsApp

\*\* coret yang tidak perlu

<sup>1</sup> Lingkari Pilihan Anda