

**UNIVERSITAS GADJAH MADA**

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI**

**PROGRAM STUDI S3 ILMU KEDOKTERAN GIGI**

**Jl. Sekip Utara, Yogyakarta, 55281 Telp. (0274) 6492670, 515307, Fax (0274) 515307**

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan, bahwa revisi naskah disertasi atas nama:

Nama : ...................................................................

NIM : ...................................................................

Bidang Ilmu : ...................................................................

Judul Disertasi : .................................................................................................................

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

Telah disetujui dan dinyatakan layak untuk diajukan pada **UJIAN TERTUTUP**.

Demikian surat pernyataan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, ........................

Tim Penguji Tanda Tangan

1. Promotor ..............................................

2. Ko-Promotor ..............................................

3. Ko-Promotor ..............................................

4. Ketua Tim Penilai ..............................................

5. Tim Penilai ..............................................

6. Tim Penilai ..............................................