



BUPATI ACEH TENGGARA

Nomor : 800/ 430 /2025
Sifat : Penting
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Usulan PPPK Paruh Waktu**

Kutacane, 13 Agustus 2025

Kepada Yth.

Kepala
OPD/Kantor/Sekretariat
di-

Tempat

1. Menindaklanjuti Surat Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor : B/3832/M.SM.01.00/2025 tanggal 08 Agustus 2025 Hal: Pengusulan PPPK Paruh Waktu.
2. Sehubungan dengan hal tersebut di atas, kami minta kepada Saudara agar mengirimkan Data Tenaga Non ASN yang telah mengikuti seluruh Tahapan Seleksi pada Tahap I dan Tahap II dengan melampirkan SPTJM dan Data Tenaga Non ASN sebagaimana format. (terlampir).
3. Rekapitulasi tersebut diserahkan kepada Bupati Aceh Tenggara c.q BKPSDM dengan contact person Sdr. Feri Yanda (HP. 0812 6917 7429 paling lambat **Hari Jum'at tanggal 15 Agustus 2025 Pukul 17.00 Wib**).
4. Demikian kami sampaikan untuk ditindaklanjuti, terima kasih.


H.M. SALIM FAKHRY, SE.,MM

Tembusan :

1. Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan RB;
2. Kepala Badan Kepegawaian Negara.



KOP SURAT

SURAT PERNYATAAN TANGGUNG JAWAB MUTLAK (SPTJM)
NOMOR :

Yth. Bupati Aceh Tenggara
di
Tempat

Yang bertanda tangan di bawah ini:
Nama :
Nip :
Pangkat/Gol.Ruang :
Jabatan :
Instansi :

Sehubungan dengan surat Bupati Aceh Tenggara Nomor: tanggal
....., hal, dengan ini menyatakan bahwa:

1. Seluruh Data Non ASN yang disampaikan adalah benar dan apabila dikemudian hari terdapat kesalahan atas data dimaksud, kami siap bertanggung jawab sepenuhnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang ditimbulkan oleh kesalahan tersebut.
2. Dinas/Badan/Kantor..... siap mengalokasikan anggaran gaji bagi PPPK Paruh Waktu pada Dokumen Penggunaan Anggaran (DPA) pada Badan/Dinas/Kantor..... dengan jumlah Tenaga Non ASN sebanyak (orang) sebagaimana pada lampiran SPTJM berikut ini.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

....., tanggal
Yang membuat pernyataan
Kepala OPD.



ttd & stempel

(Nama Lengkap)

LAMPIRAN SPTJM KEPALA

NOMOR :

TANGGAL :

HAL :

| NO | NIK | NAMA | STATUS | PENDIDIKAN | JABATAN | *KETERANGAN |
|-----|-----------|--------|-------------|------------|---------|-------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | 1102..... | A..... | R2/R3/R4/R5 | | | |
| 2 | | | | | | |
| dst | | | | | | |

Kepala OPD

Nama
NIP.

*KETERANGAN :

| | | |
|---|--------------------------------|-------------------|
| 1 | DIUSULKAN | (R2,R3,R3T,R4,R5) |
| 2 | MENINGGAL DUNIA | |
| 3 | TIDAK AKTIF BEKERJA | |
| 4 | TIDAK ADA KEBUTUHAN ORGANISASI | (R4,R5) |
| 5 | TIDAK TERSEDIA ANGGARAN | |