



Persetujuan Asesmen ini untuk menjamin bahwa Asesi telah diberi arahan secara rinci tentang perencanaan dan proses asesmen

Skema Sertifikasi (KKNI/Okupasi/Klaster)	Judul :	PENGAWAS OPERASIONAL MADYA (POM)	
	Nomor :	SKM/1406/00002/2/2018/2	
TUK	:	Sewaktu/Tempat Kerja/Mandiri*	
Nama Asesor	:		
Nama Asesi	:		
Bukti yang akan dikumpulkan :	:	<input type="checkbox"/> TL : Verifikasi Portofolio	<input type="checkbox"/> L : Observasi Langsung
	:	<input type="checkbox"/> T: Hasil Tes Tulis	
	:	<input type="checkbox"/> T: Hasil Tes Lisan	
	:	<input type="checkbox"/> T: Hasil Wawancara	
Pelaksanaan asesmen disepakati pada:	Hari/ Tanggal :		
	Waktu :		
	TUK :		

Peserta Sertifikasi:
Saya setuju mengikuti asesmen dengan pemahaman bahwa informasi yang dikumpulkan hanya digunakan untuk pengembangan profesional dan hanya dapat diakses oleh orang tertentu saja.

Asesor :
Menyatakan tidak akan membuka hasil pekerjaan yang saya peroleh karena penugasan saya sebagai Asesor dalam pekerjaan *Asesmen* kepada siapapun atau organisasi apapun selain kepada pihak yang berwenang sehubungan dengan kewajiban saya sebagai Asesor yang ditugaskan oleh LSP.

Tanda tangan Peserta : Tanggal :

Tanda tangan Asesor : Tanggal :

* Coret yang tidak perlu