

## SURAT KONFIRMASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : .....

Lembaga/Organisasi : .....

Jabatan : .....

Alamat : .....

Telepon : .....

Email : .....

Memberikan konfirmasi bahwa:

Nama : .....

Tanggal Lahir : .....

Alamat : .....

Telepon : .....

Email : .....

Nama sebagaimana tersebut di atas merupakan: anggota/penerima manfaat/peserta didik  
organisasi/sekolah/ perguruan tinggi kami      penyandang disabilitas netra      penyandang  
keterbatasan membaca. (centang yang sesuai)

Pemberi konfirmasi,

Tandatangan: .....

Tanggal: .....