



PEMERINTAH KOTA SAMARINDA

DINAS KESEHATAN KOTA

UPTD PUSKESMAS SUNGAI KAPIH

Jalan Sejati PKL Blok D RT. 10, Kelurahan Sungai Kapih, Kecamatan Sambutan,
Kota Samarinda , Kalimantan Timur kode pos 75114

https : pkm-sungai-kapih.samarindakota.go.id Email : puskesmasskp102@gmail.com

FORMULIR KEBERATAN

PERNYATAAN KEBERATAN ATAS PERMINTAAN INFORMASI PUBLIK

A. INFORMASI PENGAJU KEBERATAN

No registrasi keberatan : (diisi petugas)

No registrasi pendaftaran permintaan informasi :

Tujuan penggunaan informasi :

Identitas Pemohon

Nama :

Alamat :

Pekerjaan :

Nomor Telp :

Identitas Kuasa Pemohon **

Nama :

Alamat :

Pekerjaan :

Nomor Telp :

B. ALASAN PENGAJUAN KEBERATAN***

- () a. Permohonan informasi ditolak
() b. Informasi berkala tidak disediakan
() c. Permohonan informasi tidak ditanggapi
() d. Permohonan informasi ditanggapi tidak sebagaimana yang diminta
() e. Permohonan informasi tidak dipenuhi
() f. Biaya yang dikenakan tidak wajar
() g. Informasi disampaikan melebihi jangka waktu yang ditentukan

C. KASUS POSISI

.....
.....

D. HARI/TANGGAL TANGGAPAN ATAS KEBERATAN AKAN DIBERIKAN (diisi petugas)****

.....

Demikian keberatan ini saya sampaikan, atas perhatian dan tanggapannya saya ucapkan terima kasih.

.....*****

Mengetahui*****
Petugas Informasi (penerima keberatan)

Pengaju Keberatan

(.....)

Nama & Tanda tangan

(.....)

Nama & Tanda tangan

Keterangan:

- * Diisi oleh petugas berdasarkan buku registrasi pengajuan keberatan
** Identitas kuasa pemohon diisi jika ada kuasa pemohonnya dan melampirkan surat kuasa
*** Sesuai dengan Pasal 35 UU KIP, dipilih oleh pengaju keberatan sesuai dengan alasan keberatan yang diajukan
**** Diisi sesuai dengan ketentuan jangka waktu dalam UU KIP
***** Tanggal diisi dengan tanggal diterimanya pengajuan keberatan yaitu sejak keberatan dinyatakan lengkap sesuai dengan buku register pengajuan keberatan.
***** Dalam hal keberatan diajukan secara langsung, maka formulir keberatan juga ditandatangani oleh petugas yang menerima pengajuan keberatan.