

PEMERINTAH KOTA YOGYAKARTA
DINAS KESEHATAN



Jl. Kenari No. 56 Yogyakarta Kode Pos: 55165 Telp. (0274) 515865, 562682Fax.(0274) 515869
EMAIL: kesehatan@jogjakota.go.id
HOTLINE SMS: 08122780001 HOTLINE EMAIL: upik@jogjakota.go.id
WEBSITE: www.jogjakota.go.id

PERNYATAAN KEBERATAN ATAS PERMOHONAN INFORMASI

A. INFORMASI PENGAJU KEBERATAN

Nomor Regristasi Keberatan

Nomor Pendaftaran Permohonan Informasi

Tujuan Penggunaan Informasi

Identitas Pemohon

Nama

Alamat

Pekerjaan

Nomor Telepon/HP

Identitas Kuasa Pemohon **

Nama

Alamat

Nomor Telepon/HP

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

(diisi petugas)*

B. ALASAN PENGAJUAN KEBERATAN***

a. Permohonan Informasi ditolak

b. Informasi berkla tidak disediakan

c. Permintaan Informasi tidak ditanggapi

d. Permintaan ditanggapi tidak sebagaimana yang diminta

e. Permintaan Informasi tidak dipenuhi

f. Biaya yang dikenakan tidak wajar

g. Informasi disampaikan melebihi jangka waktu yang ditentukan

C. KASUS POSISI (tambahkan kertas bila perlu)

D. HARI/TANGGAL TANGGAPAN ATAS KEBERATAN AKAN DIBERIKAN : [tanggal], [bulan], [tahun]
[diisi oleh petugas]****

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

Yogyakarta, 20

Mengetahui
Petugas Informasi
(Penerima Keberatan)

Pengaju Keberatan

(.....)

(.....)

Nama dan Tanda Tangan

Nama dan Tanda Tangan

Keterangan :

- * Nomor register pengajuan keberatan diisi berdasarkan buku register 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