



PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS PASUNDAN

Jalan Pasundan Kel. Jawa, Kec. Samarinda Ulu, Kota Samarinda,
 Provinsi Kalimantan Timur Kode Pos 75122 Telp (0541) 738937
<https://pkm-pasundan.samarindakota.go.id> E-mail puskesmaspasundan@gmail.com



PERNYATAAN KEBERATAN ATAS PERMINTAAN INFORMASI PUBLIK

A. INFORMASI PENGAJU KEBERATAN

Nomor Registrasi Keberatan : _____ (diisi petugas)*
 Nomor Pendaftaran Permintaan : _____
 Informasi : _____
 Tujuan Penggunaan Informasi : _____
 Identitas Pemohon : _____
 Nama : _____
 Alamat : _____
 Pekerjaan : _____
 Nomor Telepon/E-mail : _____
 Identitas Kuasa Pemohon** : _____
 Nama : _____
 Alamat : _____
 Nomor Telepon/E-mail : _____

B. ALASAN PENGAJUAN KEBERATAN***

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | a. Permohonan Informasi ditolak |
| <input type="checkbox"/> | b. Informasi berkala tidak disediakan |
| <input type="checkbox"/> | c. Permintaan informasi tidak ditanggapi |
| <input type="checkbox"/> | d. Permintaan informasi ditanggapi tidak sebagaimana yang diminta |
| <input type="checkbox"/> | e. Permintaan informasi tidak dipenuhi |
| <input type="checkbox"/> | f. Biaya yang dikenakan tidak wajar |
| <input type="checkbox"/> | g. Informasi disampaikan melebihi jangka waktu yang ditentukan |

C. KASUS POSISI (tambahkan kertas bila perlu)

D. HARI/TANGGAL TANGGAPAN ATAS KEBERATAN AKAN DIBERIKAN :

[diisi oleh petugas]****

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

.....(tempat),[tanggal],[bulan],[tahun]*****

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 yang menerima pengajuan keberatan.

TANDA BUKTI PENGAJUAN KEBERATAN

Petugas Pelayanan Informasi (Penerima)

Pemohon

(.....)
 Nama dan Tanda Tangan

(.....)
 Nama dan Tanda Tangan